



مركز البحوث

إدارة الجودة الشاملة

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية
وضمان استمرار الالتزام بها

تأليف
د. هيو كوش

ترجمة
د. طلال بن عايد الأحمدى

راجع الترجمة
د. خالد بن سعد بن سعيد

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

إدارة الجودة الشاملة

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية
وضمن استمرار الالتزام بها

تأليف

د. هيو كوش

ترجمة

د. طلال بن عايد الأحمدى

راجع الترجمة

أ. د. خالد بن سعد بن سعيد

١٤٢٢هـ - ٢٠٠٢م

بطاقة الفهرسة

③ معهد الإدارة العامة ، ١٤٢٢هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

كوش ، ميو

إدارة الجودة الشاملة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية
وضمن استمرار الالتزام بها / ترجمة طلال بن عايد الأحمدى - الرياض

٥١٢ ص : ١٦,٥ × ٢٣,٥ سم

ردمك :

٩٩٦٠ - ١٤ - ٧٩ - ٢

١ - جودة الإنتاج ٢ - المستشفيات - تنظيم وإدارة

أ- الأحمدى ، طلال بن عايد (مترجم) ب - العنوان

٢١ / ٣٤٦١

ديوى ٦٥٨,٥٦

رقم الإيداع : ٢١/٣٤٦١

ردمك : ٩٩٦٠-١٤-٧٩-٢

هذ ترجمة لكتاب :

Implementing and Sustaining Total Quality Management in Health Care

Hugh C. H. Koch

BSc, PhD, Dip Clin Psych

Managing Director, Koch Consulting Services
Cheltenham, UK

Associate, Health Services Management Centre
University of Birmingham

© Longman Group UK Limited 1992

المحتويات

الصفحة	الموضوع
١٧	الفصل الأول : جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة
١٧	- تعريف جودة الرعاية
٢٢	- سياسات الجودة
٢٨	- نبذة عن إدارة الجودة الشاملة
٣٤	- تطوير إدارة الجودة الشاملة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية
٤٣	- التعاقد من أجل الجودة
٤٥	- وضع الصورة التمهيدية لإدارة الجودة الشاملة فى الخدمات الصحية الوطنية فى المملكة المتحدة
	الفصل الثانى : إستراتيجية الوصول إلى التزام الموظفين وثبتت
٥٣	استمراريتها
٥٣	- القيادة ، وكيفية التطبيق على جميع المستويات
	- كيفية الوصول إلى التزام الموظفين - الجزء الأول :
٥٤	هل نحن - بالفعل - غير ملتزمين ؟
٥٧	- الرؤية حول الجودة :
٥٧	١- خدمة المريض (والعملاء الآخرين) أولاً
٥٨	٢- تحقيق توقعات العميل وأكثر من ذلك
٥٨	٣- تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٥٩	٤- خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدنى جودتها
٥٩	٥- دعم الأداء الجيد للموظفين
٦٠	- تخطيط الإستراتيجية
٧١	- من المسؤول عن تطوير الإستراتيجية ؟
٨٠	- التغلب على الصعوبات المحتملة :
٨٢	- عدم التزام الإدارة العليا بأسلوب إدارة الجودة الشاملة وقصور رؤيتها حول الإحاطة به
٨٢	- الصفة الغالبة للمواقف تجاه مبادرات الجودة
٨٣	- ثقافة المستشفى أو خدمات المجتمع وأسلوب الإدارة
٨٣	- ضعف الإدراك لمفاهيم الجودة الشاملة وممارساتها
٨٣	- عدم وجود تنظيم لأنشطة إدارة الجودة الشاملة
٨٤	- عدم مشاركة الجهاز الطبى فى الإدارة
٨٤	- مديرون أم إداريون ؟
٨٥	- أين ثقافتك الآن ؟
٩١	- كسب التزام الموظفين - الجزء الثانى :
	- قائمة النقاط العشر لتبادل الآراء والأفكار والمعلومات (الاتصال)
٩١	حول الجودة

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٩٢	- التخطيط للتنفيذ
٩٥	- تكامل إدارة الجودة الشاملة مع تخطيط الأعمال
٩٧	- هل يمكنك الحصول على الجائزة الأوروبية للجودة يوماً ما ؟
٩٩	الفصل الثالث : إدارة وتنظيم التحسين المستمر للجودة
٩٩	- الاستعمال الأمثل للهيكل الإداري :
٩٩	١- ما هي الكيفية التي تدار بها الخدمة حالياً ؟
١٠٢	٢- مستويات العمل وتحديد المسؤوليات
١٠٥	٣- مشاركة الأطباء السريريين في الإدارة
١٠٦	٤- دور المدير التنفيذي/ أو مدير عام الوحدة
١٠٦	٥- دور المدير/ المنسق السريري
١٠٧	٦- دور الإدارة العليا (المدير العام)
١٠٩	٧- القدرات أو الكفاءة الإدارية المطلوبة في إدارة الجودة
١١٠	- وظيفة الجودة ومديرها :
١١٠	١- دور المدير
١١٣	٢- المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة
١١٥	٣- المجموعات الفرعية لتخطيط الجودة

تابع - المحتويات

الموضوع	الصفحة
١- تخطيط الأعمال ، إستراتيجية الجودة ، وخطط الإدارة للخدمات :	١١٦
١- الخبرة الحديثة لتخطيط الأعمال فى نظام الخدمة الصحية الوطنية	١١٦
٢- تكامل إستراتيجية الجودة مع تخطيط الأعمال	١١٦
٣- تحديد خطة الإدارة	١١٨
- مشاركة العاملين فى إدارة الجودة :	١٢٨
١- هيكل وإطار إدارة الجودة	١٢٨
٢- "إنها جزء من عمل كل شخص من العاملين" - المضامين	١٢٨
٣- فرق تحسين الجودة	١٢٩
الفصل الرابع : قياس وتحسين الجودة	١٣١
- مقدمة	١٣١
- الاستعداد لتطبيق إدارة الشاملة والنشاط الحالى لتحسين الجودة :	١٣١
- الاستعدادات أو المواقف العامة	١٣٢
- خصائص إدارة الجودة الشاملة وأهمية الوعى بها	١٣٥
- النشاط الحالى ومبادرات الجودة	١٣٦
- القياس العام للجودة :	١٤٧

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
١٤٧	- القبول الاجتماعي للرعاية
١٦٤	- المظهر الخارجى
١٦٦	- خدمات العيادات الخارجية
١٧٧	- خدمات الصحة العقلية
١٧٩	- رعاية المجتمع
١٨٢	- المستشفيات الكبيرة والصغيرة
٢٠٤	- جراحة اليوم الواحد
٢١٣	- الجودة التنظيمية/الإدارية
٢١٦	- جودة الرعاية التمريضية
٢١٨	- تكامل إدارة الجودة الشاملة
٢١٩	- قياس تكاليف الجودة :
٢٢١	- الدراسات الحالية حول تكلفة الجودة فى نطاق الخدمة الصحية الوطنية
٢٢٤	- منهجية تكلفة الجودة
٢٣٣	- معاناة العاملين من عدم توفر الوقت اللازم للأنشطة التقييمية
٢٤٠	- تكاليف الجودة كجزء أساسى لتطوير خدمة الرعاية الصحية
٢٤١	- تكاليف التفتيش والوقاية :

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٢٤٢	- تكاليف الوقاية
٢٤٣	- تكاليف التفتيش والتقييم
٢٤٩	الفصل الخامس : تخطيط الجودة وتحديد مؤشراتها
٢٤٩	- إطار تخطيط الجودة - الجزء الأول : نموذج ماكسويل
٢٥٠	- إطار خطة الجودة لمستشفى " نورث ويك بارك " ..
٢٥٥	- تخطيط الجودة - الجزء الثاني : نموذج الرسم البياني
٢٧٩	الفصل السادس : تصميم الخدمة وتحديد مجالات تميزها
٢٧٩	- مقدمة
٢٨٥	- مواصفات العقد والمستويات المعيارية .
٢٩٣	- سبل ووسائل وأساليب تصميم الرعاية الصحية :
٢٩٥	١- مخطط التشابه
٢٩٦	٢- مخطط العلاقات المتبادلة
٢٩٨	٣- المخطط أو الشكل الشجري .
٢٩٨	٤- التصميم المصفوفى
٣٠٠	٥- تحليل بيانات المصفوفة
٣٠١	٦- مخطط برنامج شكل العملية

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٣٠٢	٧- الشكل السهمي
٣٠٣	- إدارة المخطط ووضع المعايير
٣١٥	- تصميم نظام إدارة الجودة ..
٣٢٣	الفصل السابع : القدرات المطلوبة لجودة الرعاية ومراقبتها
٣٢٣	- مقدمة
٣٢٦	- المراقبة النظامية للنشاط :
٣٢٧	١- مخططات عملية الرعاية الصحية
٣٣١	٢- نماذج المراجعة/ عينات النشاط
٣٣١	٣- المدرجات التاريخية (الرسوم البيانية)
٣٣٢	٤- تحليل باريتو
٣٣٣	٥- العلاقة بين السبب والنتيجة/ تحليل عظمة السمكة
٣٣٩	- التباين في عملية الرعاية الصحية ..
٣٤٠	- المراقبة والتقرير
٣٥٨	- ملخص/ استنتاج
٣٦١	الفصل الثامن : حل المشكلات وفرق تحسين الجودة
٣٦١	- تأسيس إدارة وفريق عمل كفؤين

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٣٦٣	- ماذا يعنى منح السلطات أو الصلاحيات لك كمدير؟ ...
٣٦٤	- دور الاتصالات فى فرق العمل :
٣٦٥	١- الملصقات وحملات الملصق
٣٦٨	٢- الكتيبات المعدلة
٣٧٠	٣- صناديق الاقتراحات
٣٧١	٤- الرسائل الإخبارية الداخلية
٣٧٣	- النسخة المعدلة لفريق تحسين الجودة / أو حلقة الجودة / أو فريق العمل :
٣٧٣	١- الرؤية الإستراتيجية
٣٧٤	٢- فهم عملية تحسين الجودة
٣٧٥	٣- اختيار أعضاء فريق تحسين الجودة
٣٧٩	٤- مهارات حل المشكلات ، الأدوات والوسائل والتقنيات
٣٨٥	٥- القيادة والوفاء بمتطلبات المهارات الإدارية
٣٨٧	٦- تدريب أعضاء فريق تحسين الجودة
٣٨٩	٧- آليات الاتصال
٣٩٠	٨- التغلب على (أو مواجهة) الصعاب
٣٩١	- أمثلة عملية حول نشاط فريق تحسين الجودة :

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٣٩١	١- مجموعة تحسين جودة السجلات الطبية
٣٩٣	٢- مجموعة تحسين ممر المنحدر الأمامي
٣٩٨	٣- تكامل فرق تحسين الجودة بوحدات الرعاية الصحية في مجتمع "أيلسبرى" مع هيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية
٤٠٣	٤- فريق تحسين الجودة لوحدة الحوادث والطوارئ
٤٠٥	ملحقان :
٤٠٥	(أ) المحتوى : الصحة العقلية لكبار السن - المسألة الدقيقة للجولات في أجنحة المستشفى .
٤٠٦	(ب) فريق تحسين الجودة في مستشفى يتعامل مع الحالات الخطيرة
٤٠٧	الفصل التاسع : تلبية احتياجات العميل ومتطلباته
٤٠٧	- مقدمة :
٤٠٧	١- تعريف واضح للعميل
٤٠٩	٢- تعريف خدمات العميل / سياسة الرعاية
٤٠٩	٣- تقدير احتياجات وتوقعات العميل
٤٠٩	٤- إستراتيجيات التعاقد والخدمة
٤٠٩	٥- معايير قياس رضا العميل

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٤١٥	- تنمية الوعي لدى العاملين وتحسين مواقفهم تجاه العملاء
٤١٦	- العمل على زيادة استجابة الموظفين لوجهات نظر العملاء :
٤١٦	- وجهات نظر المرضى ..
٤٢٧	- وجهات نظر المشتري
٤٣٠	- وجهات نظر هيئة العاملين
٤٤١	- التجاوب مع وجهات نظر العميل
٤٤٩	- الشكاوى
٤٥٣	- المسؤولية تجاه العملاء
٤٥٧	الفصل العاشر : تثبيت الالتزام بإدارة الجودة الشاملة
٤٦٠	- الحفاظ على التزام الإدارة العليا وكبار السرييين
٤٦٢	- التطبيق العملي للاتصالات الشاملة ..
٤٦٣	- القياس والتدقيق ..
٤٧١	- تأكيد النتائج الملموسة ..
٤٧٥	- دمج مراقبة النشاط السريرى مع مراقبة الجودة
٤٨٠	- المراجعة المستمرة لبنية أو هيكل الجودة
٤٨١	- التدريب والتثقيف ..

تابع - المحتويات

الصفحة	الموضوع
٤٨٧	- تحديد العوائق والصعوبات ومواجهتها:
٤٩٤	١- الالتزام بالجودة
٤٩٤	٢- نظام إدارة الجودة وهيكلها (بناؤها التنظيمي)
٤٩٥	٣- أداء أعمال الرعاية الصحية
٤٩٥	٤- تدريب العاملين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم
٤٩٥	٥- العلاقات مع المرضى
٤٩٦	٦- موقف العاملين نحو التخطيط للجودة
٤٩٦	٧- الاتصالات
٤٩٧	٨- وعى العاملين الفنى بالجودة
٤٩٧	٩- نظام إدارة الجودة
٤٩٨	١٠- مؤشرات أداء الجودة
٤٩٨	١١- فرق تحسين الجودة
٤٩٩	- خاتمة
٥٠١	- المراجع

الفصل الأول

جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة

تعريف جودة الرعاية :

كانت "الخدمة الصحية الوطنية NHS" مبادرةً لرؤيةٍ مثاليةٍ أطلقها بيفان Bevan في عام ١٩٤٨م (١٩٩٢ م , Webster) ؛ فقد وصف هذه الخدمة الجديدة بأنها نتاج أعمال رجال ونساء نوى مهارات عالية كرسوا أنفسهم لتقديم رعاية ذات جودة عالية لمرضاهم الكثر . وفي هذه المرحلة المبكرة من ولادة "الخدمة الصحية الوطنية" ، كان موضوع الجودة في قمة أولويات البرنامج الصحي .

والآن ، وبعد مضي (٤٤) سنة* على إنشاء "الخدمة الصحية الوطنية" ، يرى جميع المديرين والسرييريين "الإكلينيكين" المنضوين تحت مظلتها ، أن هناك حاجة إلى زيادة التركيز على جودة الرعاية الصحية المقدمة . ويعزز ذلك الاتجاه ويؤكد ، ما تقوم به "مديرية إدارة الصحة التنفيذية Department of Health's Management Executive" من توجيه مستمر للقائمين على الخدمات الصحية حول تطبيق أساليب نظامية للتأكيد على جودة الخدمات المقدمة .

ولكن ما هي الجودة ؟ وماذا تعنى ؟ ومن الذى عرّفها ؟ وهل بالإمكان نقل هذا المفهوم إلى حقل الرعاية الصحية ؟ وهل هناك مشكلات فى استخدام " البحث عن أسلوب للتميز " ؟ (بيتر ١٩٨٢م , Peter) .

وبشكل عام ، تقوم الجودة باقتراح المنتجات المرغوب فيها المرتفعة التكاليف . ويرى " فيفر ١٩٩٢م , Pfeffer" أن إحدى الصعوبات التى تعترض ذلك ، هى عدم وجود علاقة بسيطة بين رضا المريض وتحقيق رعاية صحية ذات جودة عالية ، كتلك التى توجد عادة فى عالم التجارة . وبرغم ذلك يرى أن هناك بعض الطرق النسبية المتعارف عليها عامة لتعريف الجودة ، تتناسب مع الرعاية الصحية :

* من تاريخ تأليف الكتاب (الترجم) .

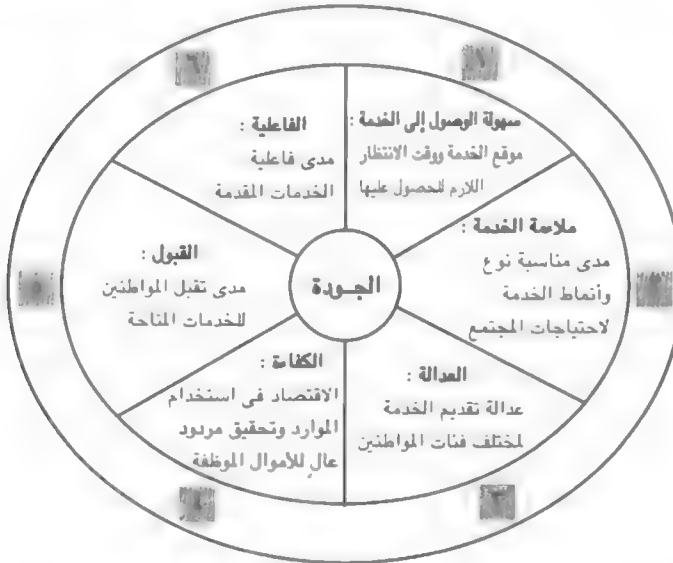
- ماهى " الجودة " ؟ " الجودة " هى التجاوب المستمر مع حاجات العميل ومتطلباته (مشتري الخدمة / المريض) .

- " الجودة الشاملة " هى تحقيق الجودة بأقل تكلفة .

- "إدارة الجودة الشاملة" هى تحقيق الجودة الشاملة للرعاية والخدمة المقدمة من خلال التزام الأفراد باستخدام قدراتهم بشكل فعال .

ولربط ما سبق من تعريفات للجودة بخدمات المواطنين (أو الجمهور) ، يرى ماكسول - (١٩٨٤م، Maxwell) أن هناك ستة عناصر رئيسية مرتبطة بالجودة ، وذلك على النحو المبين أدناه فى الشكل رقم (١-١) .

الشكل رقم (١-١) : العناصر الستة للجودة فى الخدمات ذات الصلة بالمواطنين



ويمكن القول ، ببساطة ، إنه من بين العناصر الستة ، تكون هناك علاقة سببية لعنصرى " ملاءمة الخدمة " ، و " العدالة " وذلك بالمشتريين أكثر من مقدمى الرعاية الصحية . أما عنصر الكفاءة فهو يمثل أهمية بالنسبة لبقية العناصر ، وبدون عنصر الكفاءة لا يمكن تحقيق عنصرى القبول والفاعلية أيضاً ، وذلك إلى مدى معين .

وكجزء من الإصلاحات التي تمت على نظام الخدمة الصحية الوطنية بصفة عامة ، وعملية التعاقد مع بعض الشركات بصفة خاصة - فإن التوجيه أو الإرشاد الذي اقترحته وزارة الصحة من أجل التعاقد مع هذه الشركات تضمن ما يلي :

- مناسبة أو ملاءمة العلاج والرعاية المقدمين .
 - تحقيق أفضل النتائج السريرية (الإكلينيكية) .
 - اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للتقليل من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها .
 - تبني العاملين السلوكيات الإيجابية عند تعاملهم مع المرضى بشكل يحفظ لهم كرامتهم كأفراد .
 - إيجاد بيئة تساعد على سلامة المريض ، وطمأنته على سلامة الإجراءات المتخذة حيال وضعه الصحي ، بحيث تحقق له الرضا والقناعة بالإجراءات المقدمة له .
 - سرعة الاستجابة لندائه والتقليل ما أمكن من الأمور المزعجة له .
 - إشراك المرضى في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين .
- كان ما سبق ، هو الموضوعات التي تشكلت منها فيما بعد التعريفات المتعددة للجودة مثل تعريفات " مجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية " (WHSSB, 1990) .

ومن بين تعريفاته للجودة ما يلي :

- تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية (سواء أكانت تتعلق بمستوى الرعاية السريرية المقدمة ، أم بتحقيق درجة عالية من رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة) .
- ضمان تحقيق درجة عالية من جودة الرعاية في كل من خدمات رعاية الحالات الحادة ، وخدمات الرعاية المستمرة .
- السعى نحو تقليل تقديم الرعاية التي تتسم بتدنى مستوى جودتها .

- ضمان الترشيح الفعال للتكاليف عند استخدام الموارد المتاحة .
- توفير أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف وأوضاع المستفيدين من خدمات الرعاية المقدمة .
- ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة .

ومن بين التعريفات المتعددة للجودة المشار إليها آنفاً ، فإن التعريف الذي يمنحنا فرصة أكبر لتحسين جودة الرعاية ، هو تفهمنا لتوقعات مرضانا المستفيدين من نظام الخدمة الصحية الوطنية : لذلك فإن تحديدنا لمستفيدينا المتعددين أولاً ، ثم الوقوف على مبرراتهم حول حسن الرعاية الطبية (التقنية) وغير الطبية (غير السريرية) المقدمة لهم ثانياً ، يعدُّ أمراً حاسماً ، عند تقدير جودة الرعاية . ومن بين توقعاتنا ، كمستفيدين أو عملاء ، لجودة الخدمة التي نقف عندها عند حاجتنا إلى تلقي الرعاية الصحية ، سهولة الحصول على الخدمة الصحية بأقصر وقت انتظار ممكن .

ويعد هذا العامل الأخير ، من أكثر الموضوعات الشائكة في التعامل معها ، والتي واجهت الحكومات المتعاقبة التي خاضت فيه بحثاً ونقاشاً ، كما كان واحداً من أكثر الاختبارات المستخدمة لتقدير مدى التزام هذه الحكومات بجودة الرعاية الصحية المقدمة .

والجدير بالذكر ، أن هذه القضية المعقدة كانت قد تمت معالجتها مؤخراً من قبل الحكومة - في عام ١٩٩١م - تحت موضوع شرعة امتيازات المرضى وحقوقهم (Patient's Charter) . وعلى الرغم من ضعف قدرة الخدمة الصحية على مقابلة توقعات الانتظار القصير لمرضى الخدمات الخارجية وحالات إدخال المرضى إلى المستشفى ، إلا أنها اعتبرت من قبل الحكومة اختباراً مهماً للحكم على الجودة .

ومن ناحية أخرى ، وقبل الانتخابات العامة في شهر نيسان / أبريل من عام ١٩٩٢م ، نظرت الأحزاب الرئيسية الثلاثة - في بريطانيا - حول رؤية كل منها للسياسة الصحية التي ستعتمدها في حال فوزها بالانتخابات ، وذلك فيما يتعلق بالارتقاء بمستوى جودة الخدمات المقدمة .

ومن بين ما أكدت عليه هذه الأحزاب ، ضرورة الحاجة إلى وضع مقاييس وضوابط للجودة : لمقارنة الأداء العام لمختلف الخدمات الصحية ، ومتابعتها ، وبحيث يؤدي ذلك أيضاً إلى الإبداع في العمل ، وتحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة .

وضمن رؤيتها للسياسة الصحية ، أشارت هذه الأحزاب إلى الحاجة الملحة إلى التطوير التنظيمي للخدمات الصحية ، وذلك بدمج مبادرات الجودة بالتخطيط الشامل للأعمال ، وإدارة تقديم الرعاية الصحية (HST, 1992) .

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى ، أحبط الضجيج الكثير الذي صاحب الانتخابات محترفي الرعاية الصحية ((Professionals Health Care)) (العاملون المحترفون في مجال الرعاية الصحية) ، فقد شعروا أن الإصلاحات التي تمت على نظام الخدمة الصحية الوطنية ، كانت قد تطرقت مسبقاً إلى نفس الموضوعات التي تطرقوا إليها من قبل ، من حيث اتخاذ إجراءات لعمل تحسينات في جودة الرعاية المقدمة للمرضى ، وتحقيق كفاءة أكبر في الخدمات المقدمة ، وتسهيل الحصول عليها . وكان الشعور السائد بين محترفي الرعاية الصحية ، ولا يزال ، أن برامج الأحزاب فيما يخص السياسة الصحية ، لم تأت بجديد : فالإصلاحات التي تمت في السابق ، كانت قد أكدت على المبادئ التي قام عليها نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وذلك بتفويض مسؤولية اتخاذ القرارات إلى المستويات المحلية : لما لتفويض الصلاحيات من أهمية كبرى في تمكين الوحدات الصحية المحلية من إنجاز أعمالها بيسر وسهولة .

على صعيد آخر ، ينبغي التنويه بأن أهداف وغايات نظام الخدمة الصحية الوطنية كانت قد عرضت للتوجه الإستراتيجي لهذا النظام من حيث تركيزه على موضوع الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة . وللدلالة على ذلك ، فقد ركزت أهداف نظام الخدمة الصحية الوطنية في هذا المجال على ما يلي :

- تحسين الحالة الصحية للسكان .
- النهوض بالمقاييس ، وتحسين الجودة ، وجعل الخدمات أكثر استجابة لاحتياجات أفراد المجتمع .

- استهداف توفير الرعاية لأولئك الأفراد الذين يقعون على رأس قائمة أولويات الاحتياجات الصحية .
- ضمان أن تكون المواد (مثل : الأجهزة والمستلزمات الأخرى) المشتراة مساوية لقيمة جودتها الفعلية .
- إيجاد إطار إدارى فعّال لتحقيق هذه الأهداف .

سياسات الجودة :

من الواضح أن بُعد الجودة فى خدمات القطاع الحكومى قد اكتسب زخماً كبيراً خلال السنوات الثلاث الماضية . يعزز ذلك ويؤكدّه ما أظهرته الحكومة مؤخراً من اهتمام أكبر ، من ذى قبل ، فى بيان ما ينبغى أن تقوم به هذه الخدمات فى تقديم جودة عالية لزيائنها ، وذلك من خلال نظم مدارة بشكل جيد ، وقوى عاملة مؤهلة ، إضافة إلى اهتمامها بالطرائق والأساليب المثلى لمتابعة الجودة ، وتحسينها باطراد .

والخدمات العامة التى لا تستهدف الربح لديها من الخصائص أو السمات ما تنفرد بها عن الخصائص المتوافرة فى قطاع الصناعات ، وشركات الخدمات الأخرى . ومن هذه الخصائص التى تنفرد بها ما يلى :

- مسؤولياتها العامة .
- محدودية الأموال النقدية التى تحصل عليها .
- إعلان التصور القومى والمحلى .
- الخدمات المعتادة وخدمات الطوارئ .
- الاحتكار الحالى والسابق أصبحا مهددين الآن .
- أداء العمل فى هذا النمط من الخدمات ليس قابلاً للقياس بسهولة تماماً .
- الخضوع لتغييرات رئيسية هامة .
- وجود مهنة للأفراد شئء جوهري وأساسى .

لقد اقترح أن بعض هذه الخصائص ، فى هذا النوع من الخدمات ، تجعل مضامين نظم إدارة الجودة فيها أكثر صعوبة من نظم إدارة الجودة فى القطاع الخاص . ويون التحرى الكامل حول صحة تلك العوامل الفارقة ومناقشتها بما فيه الكفاية : يمكن القول إن لها تأثيراً واضحاً على عملية إدخال نظم الجودة ، ويلزم أخذها فى الحسبان بالكامل .

عند تطبيق الجودة على أى خدمة بالقطاع الحكومى يكون لها ، على الأقل ، ستة عناصر رئيسة ، هى :

- سهولة الوصول إلى الخدمة : موقع الخدمة ووقت الانتظار اللازم للحصول عليها .
- ملاحة الخدمة : مدى ملاحة نوع الخدمة وأنماط الخدمة لاحتياجات المجتمع .
- العدالة : عدالة تقديم الخدمة لمختلف فئات المجتمع .
- الكفاءة : الاقتصاد فى استخدام الموارد وتحقيق مردود عالٍ للأموال الموظفة .
- القبول : مدى تقبل المواطنين للخدمات المتاحة .
- الفاعلية : مدى فاعلية الخدمات المقدمة .

تتقدم الخدمات الحكومية كثيراً وبمعدلات مختلفة ، وذلك فيما يتعلق بأنظمة تحسين الجودة والنواحي الثقافية ، وعلى الرغم من أن جميعها لديها وسائل التأكيد على الجودة ، إلا أن مدى الشمولية يكون متقلباً . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن العلامات الأخرى لتنظيم الجودة الشاملة تتطور تدريجياً وتشمل :

- الالتزام بالنواحي الإدارية والثقافية .
- مدى وعى وإدراك الموظفين وفريق العمل ، والتفويضات ومنح السلطات .
- تحسين النشاط (المعايير ، التكلفة) ، ومخططات التدفق .
- حالة المستهلك .
- التدريب على كيفية تحسين الجودة .

ومن أجل الارتقاء بمستوى جودة الخدمات العامة : فإن الاتجاه السائد هو أن تقوم هذه الخدمات بتلمس رغبات المستفيدين منها ، ورصد توقعاتهم حول أنسب الطرق لتقديم خدماتها لهم ، بعيداً عن أساليبها التقليدية السابقة ، التي طالما وصفت بأنها احتكارية وأحادية الجانب ، من حيث انفرادها بتقرير الطرق المثلى لتقديم خدماتها لهم .

وبالنسبة لموضوع الجودة في الخدمات الصحية ، التي تعد أحد أهم أركان الخدمات العامة ، يطبق نظام "الخدمة الصحية الوطنية" ، وبعض السلطات المحلية المرتبطة به إستراتيجيات للجودة الشاملة ، بالرغم من التدنى الحالى لمستوى الوعي والفهم لأساليب تطبيق الجودة .

لكن مع تزايد الرؤية الواضحة للقائمين على نظام "الخدمة الصحية الوطنية" ، إضافة إلى نمو التخصصات المهنية ، وتدريب العديد من مختلف فئات ونوعيات الموظفين فيه - فإنه يتوقع أن يؤدي ذلك إلى تزايد سرعة معدل تطبيق إدارة الجودة فيه .

وقد يكون حافز هذا النظام ، جراء حماسه لتطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه ، هو تزايد وعى مقدمى الخدمة بالحاجة التى تزيد من رضا وسرور المستفيد أو العميل من الخدمات المقدمة له ، والذي أصبح فى الآونة الأخيرة أكثر وثوقاً ، وأحسن اطلاعاً ، وأكثر ميلاً إلى التوكيد على نقل أو إبلاغ حقوقه كمواطن ودافع للضرائب للتطلع إلى خدمة عامة عالية الجودة .

ومنذ أن تولى مديرون محترفون (ذوو كفاءة عالية) الإدارة العامة لنظام الخدمة الصحية الوطنية ، فى عام ١٩٨٢م ، كان عليهم تحسين طرق إحكام إدارة تقديم الرعاية الصحية بصفة عامة ، والتثبت من جودتها .

ومن بداية تسلمهم للإدارة العامة ، كان مهماً أن يقوموا بالتثبت أو التأكد من جودة الخدمة المقدمة ، بحيث تغطى كلتا العمليتين المتخصصتين ، سواء المراجعة السريرية للرعاية المقدمة ، أو استكشاف اهتمامات المرضى والمستفيدين من الخدمات المقدمة .

وفى مراجعتهم الأولى لنمط الإدارة العامة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وجودة الرعاية المقدمة ، تم أولاً إقرار التنظيم الجديد لنظام الخدمة الصحية الوطنية ، واقتراح أسلوب إدارى أكثر مرونة ، يسوده جو من الود بين أعضائه .

وبالنسبة للتثبت من الجودة ، فقد كان الرأى منقسماً إلى قسمين : قسم رأى ضرورة التركيز على جودة الخدمات السريرية المقدمة ، وقسم آخر رأى أن يكون التركيز على الخدمات غير السريرية المقدمة . واستقر الرأى فيما بعد أن يركز الجهد الأكبر على التثبت من جودة الخدمات غير السريرية : وذلك لانخفاض تكلفة هذا النوع من التقييم للجودة مقارنة بالنوع الأول الذى يتطلب موارد أكبر غير متاحة حالياً بصورة مرضية .

وعلى الرغم من ذلك ، كانت هناك ، ولا تزال ، جهود تبذل وفق أسس منهجية ومنظمة لتقدير (أو تقييم) الجودة من الناحية السريرية ، لكن هذه الجهود كانت محدودة : وذلك بسبب إحجام الإدارة العامة عن الخوض فيها : لوجود أولويات أخرى تعتبرها أكثر أهمية منها . كما كان يعطل هذه الجهود ، أيضاً ، التضارب فى الرأى حول صحة معلومات الإدارة ، والمقاومة المتوقعة من الأطباء عند أى تغييرات جديدة .

وقد استنتج (بوليت وزملاؤه - Pollitt et al.) ، فى ضوء دراسة أجروها فى هذا المجال ، أن هذه الحالة ، يمكن تغييرها فى حال إتمام :

- إعطاء أولوية أكبر لتحسين الجودة .
- توفر بيانات أفضل عن الجودة .
- إحداث تغيير فى النواحي الثقافية العامة .
- تحسين العلاقات بين الأطباء والمديرين .

ومما زاد فى عدم إعطاء موضوع التثبت من جودة الرعاية السريرية العناية التى تستحقها ابتعاد حكومة السيد (جون ميجر - John Major) عن الطريقة الصحيحة فى إدارة الرعاية الصحية الملتزمة بالحقائق الموضوعية والمجازية لتحديد الاحتياجات

الفعلية لنظام الرعاية الصحية ، وتركيزها بدلاً من ذلك على طريقة نظرية رضا المستهلكين أو المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية ؛ للتثبت من جودتها ، وبخاصة بعد تبني لائحة أو ما يسمى ميثاق حقوق المرضى ؛ للتثبت من جودة الخدمة الصحية المقدمة . وقد تضمنت هذه اللائحة حقوق المرضى العشرة التالية :

- أن يتلقى المريض الرعاية الصحية على أساس احتياجاته الطبية (السريية) ، بغض النظر عن قدرته على الدفع .

- أن يكون مسجلاً في العيادة الطبية العامة .

- أن يتلقى الرعاية الطبية في حالات الطوارئ في أى وقت ، عن طريق عيادتكم الطبية العامة أو إدارة خدمات إسعاف الطوارئ ، وقسم الحوادث والطوارئ بالمستشفى .

- أن يتم تحويله إلى طبيب استشارى يكون مقبولاً منكم ، عندما يعتقد الطبيب العام لديكم أن هذا الإجراء ضرورى ، وأن يحال لأخذ رأى استشارى ثانٍ إذا وافقتم أنتم وطبيبكم العام على أن هذا الإجراء مطلوب .

- أن يعطى المريض تفسيراً واضحاً حول أى معالجة (علاج) أو تدبير يقترح له ، بما فى ذلك أى أخطار قد يتعرض لها نتيجة ذلك ، إضافة إلى إعلامه ببدائل التدابير التى تتناسب وحالته الصحية ، وذلك قبل تقريره بالموافقة على العلاج المقترح له ، من قبل الطبيب الذى سيعالجه ، أو أفراد الفريق الطبى المعالج .

- أن يتاح للمريض حصوله على سجلاته الصحية عند الضرورة ، وأن يعلم بأن أولئك الذين يعملون فى نظام الخدمة الصحية الوطنية هم تحت طائلة المسؤولية القانونية فى حال عدم حفاظهم على سرية معلومات حالته المرضية .

- أن يكون للمريض الخيار فى التقرير عن رغبته فى المشاركة أو عدم المشاركة فى الأبحاث الطبية ، أو التدريب الطبى الذى يتم فى بعض المرافق الطبية .

- أن تعطى المريض معلومات مفصلة عن الخدمات الصحية المحلية ، بما فيها مقاييس الجودة المتبعة فيها ، والحد الأقصى لأوقات انتظار المرضى فيها .

- أن يكون للمريض الحق في حصوله على إذن لإدخاله إلى المستشفى للعلاج عندما تستدعي حالته ذلك ، وذلك وفق تاريخ محدد ، لا يزيد على سنتين من اليوم الذي يضعه فيه طبيبه الاستشاري على قائمة الانتظار .

- أن يكون للمريض الحق في حال وجود شكوى منه عن الخدمات التي يقدمها نظام الخدمة الصحية الوطنية - بغض النظر عن الجهات المقدمة للخدمة - أن يتم إجراء تحقيق في شكواه ، وأن يتلقى إجابة سريعة حولها ، بحيث تكون شاملة ومكتوبة من قبل المدير التنفيذي ، أو المدير العام للخدمة الصحية .

وضمن السياق السابق ، تم تصميم نظام الخدمة الصحية الوطنية : ليرشد أي مريض ، وليكتشف بنفسه المستوى المرتفع لجودة الرعاية الطبية السريرية ، والعناية الفائقة بالمستفيدين أو العملاء من الخدمات المقدمة ، كما عرضتها وزارة الصحة في شريط فيديو " إيفور رايت (Ivor Wright) "الذاهب إلى المستشفى ، وذلك تحت موضوع لائحة حقوق المرضى . وقد ركز هذا الشريط على الموضوعات الرئيسية التالية :

- تعيين الإشارات الواضحة ، التي تولد انطباعاً إيجابياً عن الخدمة المقدمة ، من أول مرة .

- الترحيب الشخصي بالمريض من قبل الأفراد العاملين في المستشفى : مما يساعده ويشعره بالاطمئنان .

- إجراء تقييم سريري عاجل (أو فوري) عند وصول المريض إلى قسم الحوادث والطوارئ من قبل ممرضة مدربة ومتخصصة في إجراء فرز الحالات على وحدات الفحص حسب حالة المريض (Triage Nurse) .

- تزويد المريض بالمعلومات عن طول المدة التي يتوقع أن ينتظرها قبل تلقيه الخدمة ، إضافة إلى وضوح أسماء الموظفين في أماكن انتظار المرضى أثناء تاديتهم لعملهم .

- أن يكون المريض قادراً على تمييز أسماء جميع الموظفين بوضوح من خلال شارات أسمائهم .

- تسمية ممرضة معينة لتحية المريض عند دخوله إلى جناح التنويم .
- بناء على رغبات المرضى يمكن إعلام أقاربهم وأصدقائهم حول تطور أو تقدم حالاتهم الصحية .
- عند خروج المرضى سوف يتم تطمينهم حول الترتيبات التي ستجرى لهم حول استمرار رعايتهم صحياً أو اجتماعياً التي قد يحتاجون إليها .
- سيتم مشاهدة الطبيب لمرضاه في قسم الرعاية الخارجية خلال فترة لا تزيد على ثلاثين دقيقة من المواعيد المحددة لهم .
- يتم إعلام وعرض مقاييس وضوابط حقوق المرضى وامتيازاتهم المحلية على المواطنين .
- يتم تزويد المرضى في قسم الاستقبال بالمعلومات والتعليمات حول الخدمات المقدمة ، وحيث يشجعون على تبني شعار " ساعدنا لنساعدك " .
- إتاحة الوصول للمستشفى للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة .

نبذة عن إدارة الجودة الشاملة :

عندما يُذكر مصطلح إدارة الجودة الشاملة تبرز أسماء رئيسية مُعلّمة بعنوان فخم " المرشدون الرئيسيون للجودة " ، مثل ديمينج *Deming* و " جوران *Juran* و " كروسبي *Crosby* و " إيشيكافا *Ishikawa* . كما تبرز أسماء جميع المديرين في الصناعات بالقطاعات المختلفة الذين عرضوا بدورهم للدلالات الدقيقة للجودة المشار إليها في الشكل رقم (١-٢) ، وذلك جنباً إلى جنب ، مع التزام الإدارات العليا في هذه الصناعات بالجودة وتطويرها للسياسات في مجالها .

وإذا كنت مهتماً بشكل خاص بتباين أو اختلاف رؤى كل من هؤلاء المعلمين أو المرشدين الرئيسيين ، أنفى الذكر ، حول موضوع إدارة الجودة الشاملة - فإن الطريقة المثلى التي تسرّك لفعل ذلك ، قد تم تقديمها لك ، ضمن الاستبانة الخاصة بمرشدى أو معلمى الجودة الرئيسيين ، وذلك كما هو مبين في الشكل رقم (١-٤) .

وقد أسهم المؤلف ، أيضاً ، في عمل المراجعات والمقارنات بين هؤلاء المرشدين لبيان الإسهامات الخاصة لكل منهم في هذا المجال .

ويمكن أن نستنتج أن جميعهم قد أسهموا فى وضع إطار عام لإدارة الجودة ، كما يظهر من الشكل رقم (١-٢) .

الشكل رقم (١-٢) : مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة

المفكر	رؤيته حول أهم العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة
ديمنج Deming	<p>ركز ديمنج على :</p> <ul style="list-style-type: none"> - التوجه نحو تقييم عملية (أو عمليات أو إجراءات) تقديم الخدمات أو الوظائف . - استخدام الإحصاءات . - ضرورة طرد (أو إزالة) الخوف من مخيلة الموظفين . - خفض درجات الانحراف عن المستويات القياسية لأداء الخدمات .
جوران Juran	<p>ركز جوران على :</p> <ul style="list-style-type: none"> - إشراك جميع الطاقم الإدارى فى موضوع الجودة . - التخطيط للجودة . - الرقابة على الجودة . - تحسين الجودة .
فينبوم Feigenbaum	<p>ركز فينبوم على :</p> <ul style="list-style-type: none"> - نظام الجودة الشاملة . - تصميم الجودة . - التوجه نحو العميل (المستفيد) .
إيشيكافا Ishikawa	<p>ركز إيشيكافا على :</p> <ul style="list-style-type: none"> - استخدام الإحصاءات . - حلقات الجودة . - إشراك الموظفين .
كروسبى Crosby	<p>ركز كروسبى على :</p> <ul style="list-style-type: none"> - العيوب الصفرية . - تكلفة / كلفة الجودة . - شعارات الجودة .

الشكل رقم (١ - ٢) : الإطار الإداري للجودة

<ul style="list-style-type: none"> - التوجه نحو العميل . - الامتثال للمتطلبات . - ملاعة الاستخدام . - العيوب الصفرية . - الرقابة على العملية (أو عمليات تأدية الأعمال) . - التحسين المستمر . 	<p>المفاهيم الإدارية للجودة</p>
<ul style="list-style-type: none"> - التزام الإدارة العليا . - حلقات الجودة . - المراجعة أو التدقيق الفني للجودة . - وظائف الجودة . - نشر وظائف الجودة . - نشر سياسات الجودة . - مسوحات العميل . - نظم المكافآت . - نظم المنح . - إدارة ضبط العمل في الوقت المناسب . - وضع علامة الجودة . - تسجيل علامات الجودة . 	<p>الأدوات الإدارية للجودة والترتيبات التنظيمية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الأدوات الإحصائية السبع . - الأدوات الإدارية والتخطيطية السبع . - تصميم التجارب . - أساليب قياس جدارة الشيء في الاعتماد عليه . 	<p>الأساليب الإدارية للجودة</p>

الشكل رقم (١-٤) : امتحان قصير حول تحديد عناصر الجودة تبعاً لكبار المفكرين الذين أسهموا في إثراء الفكر الإداري لموضوع الجودة

من هو قائل هذه العبارة ؟

العبارة	ديمنج	جوران	فاينبوم	إيشيكوا	كروسبي
Deming	Juran	Feigenbaum	Ishikawa	Crosby	
١- العيوب الصفيرية كشعار يقصد به الريبة التي ينبغي أن تظل مرفرفة أو خفاقة خلال سعى الشركة أو حملتها لتحسين الجودة .	()	()	()	()	()
٢- يجب أن تكون هناك صحوة (أو يقظة) للآزمات الناشئة ، يتبعها فعل أو عمل أو تصرف إداري لمواجهة .	()	()	()	()	()
٣- يجب تصميم الجودة لتكون ضمن المنتج . بحيث يمكن الحكم على جودته دون الحاجة إلى الحذر منه أو فحصه .	()	()	()	()	()
٤- يمكنك أن تصبح ثرياً بمنع (أو الوقاية من حدوث) العيوب أو النواقص في جودة المنتج .	()	()	()	()	()
٥- لتحسين عمليات تأدية العمل بتطبيق الأفكار البناءة والمبدعة ، وتوحيد عمليات أو إجراءات العمل وفق أسس معيارية وضوابط وتنظيمات ضابطة للعمل المؤدى .	()	()	()	()	()
٦- حاجات الزبون لا تبقى (أو لا تكون) في حالة جامدة أو مستقرة. ولا يوجد شيء يمكن تسميته بقائمة نهائية لحاجات الزبائن أو العملاء .	()	()	()	()	()
٧- لا تعد الجوائز النقدية أو المالية كافية بذاتها لتزويدنا بالتميز الفعال .	()	()	()	()	()
٨- العملية التالية (التي تستتبع أى نشاط) يكون محورها دائماً العميل أو الزبون .	()	()	()	()	()
٩- يمكن تقليل التكاليف وتجنب الأخطاء بتوحيد المقاييس وإيجاد وحدات للقياس .	()	()	()	()	()

تابع - الشكل رقم (١ - ٤) :

- ١٠- إن وضع العوائق ضد تحقيق الاعتراز ببراءة العمل ، قد تكون فى الحقيقة إحدى العقبات الأكثر أهمية أمام تخفيض التكلفة وتحسين الجودة .
- ١١- تؤسس العملية التى يتم ضبطها إحصائياً (بشكل متوازن) قاعدة عقلانية لتوقع النتائج التى قد تحدث مستقبلاً .
- ١٢- إن الجودة إرادة واختيار ، وليست هبة أو منحة .
- ١٣- قد تكون برامج الجودة الشاملة الأداة (أو الوسيلة) الوحيدة الأكثر قوة للشركات فى يومنا هذا .
- ١٤- تعد الروح المعنوية (*Morale*) واحدة من أكثر عناصر الرقابة الحرجة فى المعمل أو الورشة أو المشغل .
- ١٥- يتضمن التخطيط للجودة ، بمعناه الواسع ، تطوير المنتجات والعمليات المطلوبة لمقابلة حاجات العميل ومتطلباته .
- ١٦- تحدث الأشياء الجيدة ، فقط ، عندما يتم التخطيط لها ، أما الأشياء السيئة فإنها تحدث وحدها .
- ١٧- إن الطريقة المثلى لصنع المنتجات وعرض الخدمات بشكل أسرع وأرخص أن تجعلهما بصورة أفضل أو أن تعمل على تحسينهما .
- ١٨- عندما ترى بيانات حاول أن تشك فى صدقها . وعندما ترى آلة قياس حاول أن تشك فى صدقها أيضاً .
- ١٩- ينبغى اعتبار القوى العاملة (فى المنظمة) كالعلاء الداخليين الذين يمكنهم أن يخبرونا الكثير عن احتياجات الجودة .
- ٢٠- إن هندسة نظم الجودة هى الأساس لإدارة حقيقية للجودة الشاملة .

تابع - الشكل رقم (١ - ٤) :

- ٢١- إن الهدر الكبير (أو الخسارة الكبيرة) في أمريكا تكمن في الفشل في استخدام قدرات الأفراد (الناس) بشكل أمثل .
- ٢٢- في الثمانينيات ، كان الدور الرئيسي للمدير التنفيذي الأول (Senior Manager) في الجودة هو أن يكون متحدثاً بارعاً في مجالها .
- ٢٣- تواجه العديد من الشركات خسائر جديده وهدراً في مواردها نتيجة عجزها عن التخطيط لعملية الجودة .
- ٢٤- تعد تكاليف ضمان (Warranty) المنتج مرتبة بوضوح ، لكنها لا تقص القصة حول الجودة . ويمكن لأي شخص أن يخفض من تكاليف الضمان برفض الشكاوى أو تأجيل اتخاذ إجراء بشأنها .
- ٢٥- للجودة والنوع الكثير من القواسم المشتركة .
- ٢٦- ليس هناك بديل للمعرفة . لكن توقع استخدام المعرفة يجلب الخوف .
- ٢٧- الإبداع لا يأتي من فراغ ، بل نتيجة جهود كل منا في تحديد المشكلات التي تواجهه في عمله والتفكير الحكيم بها لمواجهتها .
- ٢٨- قد يستغرق استيعاب الأفراد أربع أو خمس سنوات لتحديد مدى حاجتهم إلى برنامج لتحسين الجودة ، ولإيجاد دافع لديهم للتعلم في هذا المجال .
- ٢٩- الجودة هي ما يقوله العميل ، وليس ما يقوله المهندس ، أو مسوق السلع ، أو التاجر . ومن هذا المنظور ، فهي تمثل طلباً مؤثراً وصاعداً (متزايداً) من قبل العميل بشكل مستمر .
- ٣٠- يجب أن تكون طريقة استخدام التقنيات مرتبطة بكيفية تطبيقها في ورشة العمل .

٣١- رموز :

() () () () () E D C B A

تطوير إدارة الجودة الشاملة في نظام الخدمة الصحية الوطنية :

يشير العديد من المختصين في مجال الجودة ، حالياً ، إلى الحاجة إلى مفاهيم وتطبيقات للجودة الشاملة لتكون جزءاً لا يتجزأ من ثقافة المنظمة الناجحة (Cylenburg) . وقد بُنيت تلك الحاجة نتيجة وعي وإدراك للعديد من العمليات المتنوعة التي تسهم في جعل أى مصلحة ، أو عمل ، أو مشروع ، يعمل في مساره الصحيح . ومن أهمها العمليات الرئيسية الثلاث :

- العيوب الصفرية ، وهى عملية من الصعب جداً بلوغها ، أو الوصول إليها .
 - عملية مقابلة متطلبات العميل ، وهى مهمة مستمرة التزايد .
 - عملية إشراك جميع الموظفين في موضوع الجودة الشاملة .
- وقد أسهمت جميع العمليات السابقة في التحسين المستمر للجودة .

من ناحية أخرى ، تتمثل قوة أسلوب عملية التحسين في قدرته على توفير وسيلة منظمة (أو منهجية) ، تكون قابلة للقياس " مثل جانب العملة المعدنية " ، وموزونة بالقيم الثقافية للموارد البشرية . ويؤكد أو يركز الجانب الأول في هذا الأسلوب على العمليات التي تتناول : **التعريف / والقياس / والتحليل / والتحسين** . وقد استشهد سيلنبرغ Cylenburg من خبرته المعتبرة في مجال الصناعة بشركة " الاتصالات الزنبيقية Mercury Communication " على التحسن الذي طرأ على تحفيز الموظف ، وكذلك على أداء الشركة خلال مدة ترجحت بين سنتين وثلاث سنوات برغبة أكبر لمقابلة متطلبات العميل والتي أصبحت في التسعينيات رغبة أكثر إلحاحاً للوفاء بحاجات العميل ومتطلباته .

وعلى أية حال ، فقد وجد البعض ندرة جدية في استيعاب الصناعات ، في الأماكن الرائدة للصناعات في المملكة المتحدة ، لفهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفوائدها (Howard. م ١٩٩٢) . فبعد أن كان هناك قلة فقط من الصناعات المدركة أو المهتمة أو المقررة بأهمية إدارة الجودة الشاملة ، أصبح العديد منهم مقرين بأهميتها . وقد بين " سيلنبرغ " Cylenburg " أن نصف الشركات التي درّسها كانت شركات خدمية . وقد استعمل لهذا الغرض استبانة لسبر خصائص التحسين المستمر (للمشاريع الأعمال) للعمل فيها (انظر الشكل رقم ٥-١) .

الشكل رقم (١-٥) : التحسين المستمر للعمل

خصائص التحسين المستمر للعمل :

- ١- هل تتميز باطلاع حسن على تقنيات (أو أساليب) إدارة الجودة الشاملة ؟
() نعم () غير متأكد () لا
 - ٢- هل تعتقد أن التفكير أو إمعان النظر في العمليات التشغيلية مقارنة بالتفكير أو إمعان النظر في النتائج أو المخرجات سوف يدعم بشكل أفضل تحسين العمل ؟
() نعم () غير متأكد () لا
 - ٣- هل ترغب أن ترى تقرير الشركات عن الانخفاضات السنوية في التكاليف الشاملة التي تحملتها هذه الشركات فقط لضمان عدم تسلم عملائها لمنتجات بها عيوب أو خدمات رديئة ؟
() نعم () لا
 - ٤- هل تعتقد أن بعض المؤشرات الرئيسية " غير المالية " ذات الصلة بأداء الشركات ينبغي أن توضع بمحاذاة الأعداد التقليدية للمؤشرات المالية ؟ مثل : مستوى الخدمة ، ومعدلات العيوب في المنتج ، وتكاليف الجودة ، ومعدلات الحوادث بين الموظفين ؟
() نعم () لا
 - ٥- برجاء التفضل بترتيب أوجه إدارة العمل تصاعدياً التي ترى أنها تسهم في التحسين المستمر للعمل من واقع القائمة التالية ، مع حذف العناصر التي تعتبر أن لها تأثيراً سلبياً في التحسين المستمر للعمل :
- قيادة إدارية من أعلى التنظيم إلى أسفله .
 - نظم تحقيق وفحص للعمليات التشغيلية .
 - عرض أو بيان رسالة الشركة .
 - دليل أو إثبات للعمليات التشغيلية / وابتكار أو تجديد المنتج .
 - دليل المورد / سندات الزبائن .
 - الوضع الإداري الراهن .
 - الإدارة بالقياس .
 - القيادة والرقابة الإدارية .
 - دليل تطور دفع أجر ساعة الموظف .
 - ثبات الغرض / الهدف .
 - البحث المستمر عن الأداء الأفضل .

وقد أشارت النتائج التي توصل إليها " سيلنبرغ - Cylenburg " إلى نقص جدى لفهم "إدارة الجودة الشاملة" من قبل الشركات محل الدراسة ، على الرغم من عدم إشارتهم بالضرورة إلى اتفاقهم أو عدم اتفاقهم معه حول مفهوم إدارة الجودة الشاملة .

كما خلصت نتائج الدراسة إلى أن الرسالة الحيوية ، فيما يتعلق بالأداء المتفوق لإدارة عملية نوع العمل بدلاً من الإدارة المالية الصرفة ، ما زالت غير مكترث بها أو مهملة أو غير مفهومة للعديد من الشركات الصناعية والشركات الخدمية .

وفى دراسة مشابهة أجراها " دل - Dale " ، عام ١٩٩١م ، فى كل من المملكة المتحدة وهولندا على شركات القطاعات الخدمية والصناعية والتجارية ، وجد تفهماً واضحاً من قبل هذه الشركات للعديد من جوانب أو مظاهر "إدارة الجودة الشاملة" ، وبخاصة فى مجال المكونات الرئيسية الخمسة التالية :

- إرضاء العملاء الخارجيين .

- تقليل التكاليف .

- الشراكة بين الشركات والعملاء فيما يتعلق بالارتقاء بجودة المنتج أو الخدمات المقدمة .

- إشراك الموظفين فى برامج الجودة وتنمية مهاراتهم وقدراتهم فى مجال العمل .

- إرضاء العملاء الداخليين .

ومن الجدير بالذكر ، أن أغلب الشركات التي شملتها هذه الدراسة أشارت إلى التزامها بتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، إلا أنها نوهت إلى العديد من الصعوبات المشتركة (العامة) فى التوصل إلى التزام بإدارة الجودة الشاملة ودعم تطبيقها . انظر الشكل (٦-١) والشكل (٧-١) .

الشكل رقم (١-٦) : الصعوبات الرئيسية التي واجهت تجربة إدخال إدارة الجودة الشاملة

عدد المجيبين (ن = ١١٧)*	الموانع
٤١	- قصور فى رؤية الإدارة العليا والتزامها بتطبيق إدارة الجودة الشاملة .
٤١	- نمط إدارة الشركة وثقافة العاملين فيها لا يسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة .
٤٠	- تركيز الشركة على أمر (موقف) معين دون الالتفات إلى أمور أخرى (Flavour of the Month Type Attitude) .
٣١	- تركيز تفكير الإدارة العليا وأفعالها مبنى على مواقف إدارات أقسام الشركة فيها .
٣٠	- تقدير ضئيل من قبل الإدارة العليا لمفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة .
٢٧	- قصور أو ضعف فى البنية الإدارية للشركات ، وبخاصة فى جانب المدخلات ، لإمكان تطبيق نشاطات أسلوب إدارة الجودة الشاملة .
٢١	- التقرير حول كيفية بدء تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة .
١٦	- كسب مشاركة الأقسام غير الصناعية .
١٦	- قيادة إدارية غير فعالة أو عاجزة .

* ن = عدد أفراد العينة .

الشكل رقم (١-٧) : الصعوبات الرئيسية التي واجهت استدامة (أو الدعم المستمر) تطبيق إدارة الجودة الشاملة

عدد المجيبين (ن = ٨٨)*	الموانع
٥١	- ضغط الوقت ، وحجم العمل ، والموارد .
٣٠	- عدم وجود (قصور فى) التزام من قبل الإدارة العليا .
٢٥	- ثقافة الشركة .
٢٤	- محدودية صلاحيات الأقسام الإدارية .
٢٢	- إعادة البناء التنظيمى .
١٦	- إدارة عملية التحسين .
١٤	- الرضا بالتقدم الحاصل .
٦	- التغلب على المشكلات والمصاعب ذات الصلة بمقاومة اتحاد الموظفين للتغيير .
٤	- ترقية الأفراد .

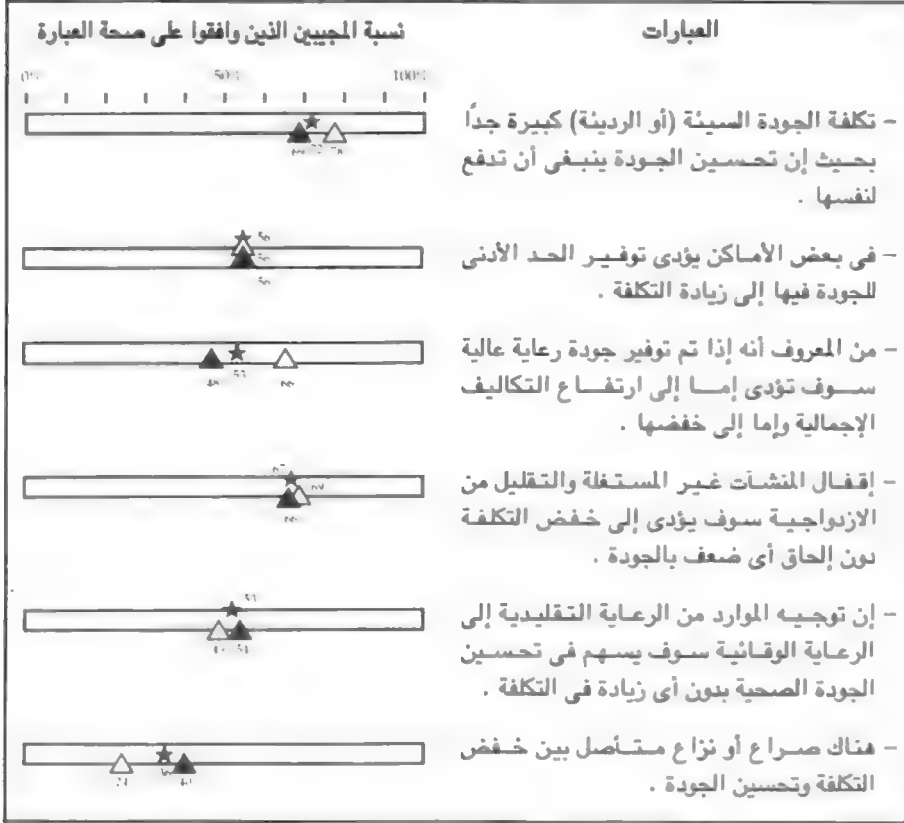
* ن = عدد أفراد العينة .

كان ما سبق عن وضع إدارة الجودة الشاملة في القطاعات الصناعية والتجارية والخدمية . أما ضمن وضع أو بيئة الرعاية الصحية ، فقد بدأ يظهر ما يثبت الاهتمام بالجودة ، وبخاصة بعد تحسن نمط إدارة المستشفيات وتنظيمها ، التي أصبحت أكثر اهتماماً وحساسية لاستعمالات إدارة الجودة وتطبيقاتها .

ومما يعزز هذا الاتجاه ، العرض الذي قدمه مستشفى " ميموسار - *Memosiar Hospital, New England* " ، في بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية ، ضمن المؤتمر السنوى لإدارة الجودة الشاملة عن تجربته في مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؛ فقد شمل برنامج التطبيق الذي تبناه المستشفى المذكور ، جميع مرافق ووحدات المستشفى ، وذلك بتركيزه على النشاطات الطبية ، والتمريضية ، والإنتاجية ، ومعالجة البيانات ، والتخطيط ، وإدارة المواد ، إضافة إلى إظهاره لحساسية كبيرة لجهة تلمس توقعات المرضى وحاجاتهم لمستوى الرعاية المقدمة لهم . وقد تبنى برنامج الجودة في المستشفى المذكور ، أيضاً ، هدفاً لتحسين الخدمات المقدمة بنسبة (٥٠٪) ، وبخاصة في الأماكن التي يفترض فيها أن تكون قابلة للتحقيق أو الإنجاز في وقت قصير نسبياً ؛ حيث إن نسبة الـ (٥٠٪) الأخرى غير القابلة للإنجاز حالياً قد تأخذ وقتاً أكثر بكثير لبلوغها .

وتتضح أهمية اهتمام المستشفيات بالجودة ، أيضاً ، من خلال ما عرضته شركة " *KMPG Peat Marwick Main and Company* " ، في عام ١٩٨٨ م ، في ندوة أخرى سابقة للندوة المشار إليها سابقاً ، عن الجودة الشاملة للمنظمات (TQO) بالولايات المتحدة الأمريكية ؛ فقد قامت تلك الشركة بإظهار ربود (١٤٨) شخصاً من زبائن (*Purchasers* مشتري) خدمات الرعاية ومقدميها . وقد وجدت مستوى عالياً من التوافق حول العلاقة بين التكلفة وجودة الرعاية الصحية ، وقياس العناصر المهمة للجودة . ويوضح كل من الشكل رقم (١-٨) والشكل رقم (١-٩) نتائج الدراسة التي توصلت إليها الشركة المذكورة .

الشكل رقم (١-٨) : ما هي العلاقة بين التكلفة والجودة ؟



المفتاح :

مقدمو الخدمة العاملون في المرافق الطبية .



المجيبون الآخرون .

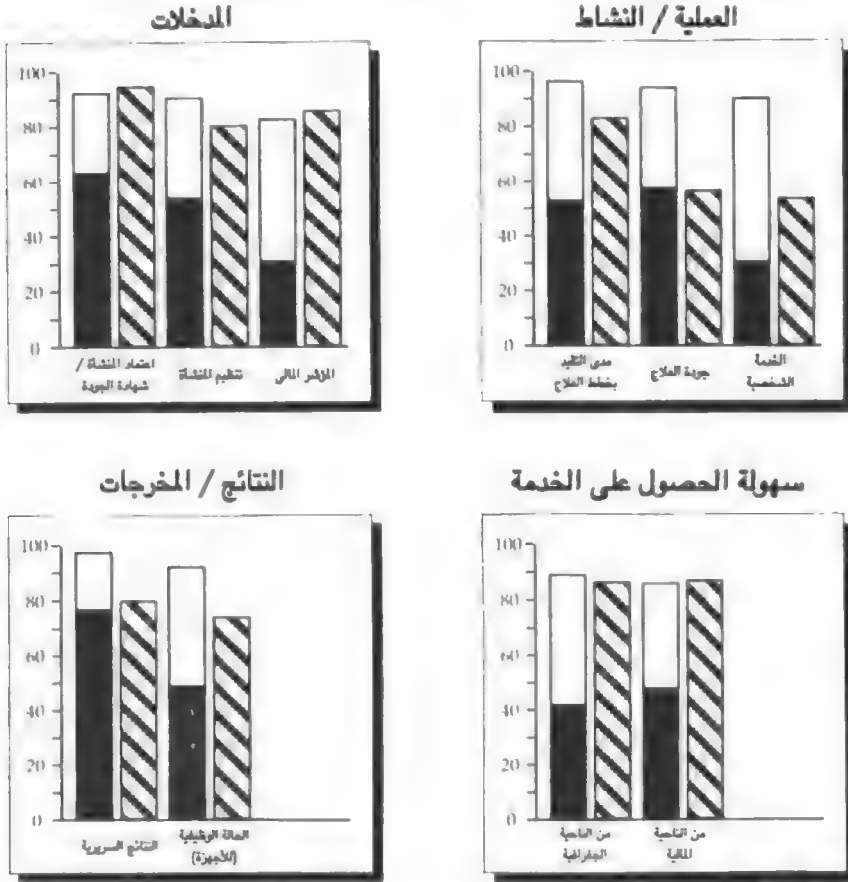


كل الاستجابات .



نقلاً عن KPMG Peat Marwick ، ١٩٨٨ م . جميع الحقوق محفوظة .

الشكل رقم (٩-١) : ما هي العناصر المهمة في الجودة ؟ وهل يمكن قياس هذه العناصر ؟



المفتاح :

مقدمو الخدمة العاملون في المرافق الطبية .

المجيبون الآخرون .

كل الاستجابات .

نقلاً عن KPMG Peat Marwick ، ١٩٨٨ م .

وحول الأولويات الرئيسية للجودة في نظام الرعاية الصحية التي ينبغي أن تؤخذ بجدية أكثر من غيرها ، يرى " كوش " (Koch, ١٩٩١) أن تلك الأولوية تتمثل في انتشار تطبيقها في نظام الخدمة الصحية الوطنية ، في المملكة المتحدة ، خلال السنوات الأخيرة . فقد أظهر ذلك أحد الاستطلاعات (المسوحات) المبكرة التي أجراها فريق من مركز " اقتصاديات الصحة " بجامعة " يورك York University " عن مواقف واستعدادات المسؤولين في نظام الخدمة الصحية للجودة ، ومدى تعدد المواقف حول المسؤوليات لضمان الجودة في الخدمات المقدمة ، وذلك من واقع ربود (١٢٢) منطقة مركزية في المملكة المتحدة .

وقد كان واضحاً من هذه الدراسة ، التي أجريت عام ١٩٨٨م ، أن تطبيقات الجودة كانت تحدث على جميع مستويات الخدمة . لكن هذه التطبيقات لم تكن منسقة في أغلب الأحيان ، فقد كانت تحتاج إلى معادلة (أو صيغة) أو أسلوب لتوحيد ، أو دمج إدارة هذه الخطوات التمهيدية المتعددة .

وحول جهود تطبيقات الجودة في مجال الخدمات الصحية ، قام قسم " ODI " ضمن مجموعة " شركة الفسيفساء الاستشارية الإدارية ODI - Mosaic Man- agement Consultancy Group " بعمل مسح في تموز / يوليو عام ١٩٩٠م : لدراسة تطبيق الجودة في نظام " الخدمة الصحية الوطنية " . وقد أظهرت نتائج المسح (الذي شمل (١٠٠) مجيب من أصل (٣٧٦) مديراً شملهم المسح) أن معظم المبحوثين قد أسسوا نوعاً معيناً من نظام " للتثبت من الجودة QA " ، وكانوا سعداء به ، لكنهم لم يؤسسوا نظاماً لإدارة الجودة الشاملة ، رغم أنه كان مخططاً لتنفيذه .

ومنذ عهد قريب جداً ، باشرت وزارة الصحة عمل برنامج لتشجيع الوحدات (المرافق) الصحية في المملكة المتحدة على إدخال نموذج الخطوات التمهيدية لإدارة الجودة الشاملة في نظام الخدمة الصحية الوطنية . وقد تم لوزارة الصحة بالتمويل المتوفر لديها إطلاق مبادرات بارزة في مجال تطوير أعمال تطبيق إدارة الجودة الشاملة في عدد من المرافق الصحية ، وذلك بواقع (١٧) مرفقاً في السنة الأولى (١٩٨٩م) ، و (٢٣) مرفقاً في السنة الثانية (١٩٩٠م) . وحيث سنحت الفرصة لوزارة

الصحة ، كانت تقوم بتسخير طموحاتها ومهاراتها لعرض تجربتها فى تطوير إدارة الجودة الشاملة بالمرافق الصحية . وحسب وصف " بروكس ، ١٩٩٢م - Brooks " لمفهوم إدارة الجودة الشاملة : فإن مفهومها معرف بشكل واضح ، وتاريخ تطورها موثق بشكل جيد . وقد أوردت بروكس عدة أسباب تشير فيها إلى جاهزية نظام " الخدمة الصحية الوطنية " لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، من هذه الأسباب :

- العناية بالنواحي الثقافية .
- المواهب غير مستغلة .
- الثقافة الإدارية المتنامية .
- الموظفون الملتزمون .
- الدعم العام ، والاهتمام ، والتطلع .
- الثقافة لمشتري الخدمة ومقدمها .
- الاهداف المشتركة النامية .
- تكاليف فشل الجودة العالية .

على صعيد آخر ، حصل بعض التقدم حول التعلق بخط ، أو بمسار تطبيقات إدارة الجودة الشاملة فى قطاع الخدمات الصحية ، وذلك فى ضوء ما عرض فى أحد المؤتمرات التى عقدت فى المملكة المتحدة ، عن إدارة الجودة الشاملة فى عام ١٩٩٠م (Chase, 1991) . وعلى الرغم مما أثير من مشكلات - وصلت إلى حد تهكم بعض المؤتمرين - حول إمكانات تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، على جميع مستويات نظام الخدمة الصحية الوطنية ، إلا أنه بدأ التبشير بفوائدها المتوقعة . وبصورة أكثر أهمية ، وقد ظهر مع التمهيد المبكر لإدارة الجودة الشاملة التزام وإخلاص من الموظفين المتخصصين المشاركين فى المؤتمر . وأحد التعليقات الدقيقة كانت : يوجد لدينا أفضل مقدمى الرعاية الصحية فى العالم . ما نحتاج إليه هو نظام إدارى متكامل يركز حول المستفيد (الزبون) لتحويل نظام الخدمة الصحية الوطنية إلى أفضل نظام صحى فى أى مكان .. وذلك من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

كل شيء حسن إلى هذا الحد الآن . إلا أنه من منظور خلفية النقص في البصيرة الإدارية ، فإن نظام الخدمة الصحية الوطنية بدأ يظهر كتنظيم مختلف عن العديد من التنظيمات المماثلة في المملكة المتحدة . والسؤال الذي يعرض : هل بالإمكان إنشاء نظام لإدارة الجودة الشاملة ضمن نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ؟ وهل يستطيع نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ذلك ؟ والجواب هو أنه ينبغي على المرء أن يكون مدركاً لبعض العقبات الأولية أو الأساسية التي تعترض تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، مثل أى مبادرة جديدة ، فالحسابات قد تكون لماعة ومتفائلة فى أن معاً كما يرى كل من " ويلكنسون وويتشر ، ١٩٩١م ، *Wilkinson & Witcher* . وقد أشار هذان المؤلفان إلى أنه ربما يتوقع أن تكون إدارة الجودة الشاملة علاجاً لمشكلات الشركة مثل " أوامر الطبيب " .

وعلى أية حال ، تم الإخطار عن بعض العقبات المصاحبة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مثل :

- قصر الفترة المصاحبة للتطبيق .

- التجزؤ التنظيمى .

- التناقض بين المديرين حول المفاهيم وآليات التطبيق .

- وجود قوى عاملة متشككة (فى جدوى تطبيق هذا الأسلوب) .

وعلى أية حال ، فإن التحذير المسبق للعقبات المصاحبة للتطبيق يتطلب الاستعداد لمواجهتها . من هنا فإن مؤيدى إدارة الجودة الشاملة الصاعدين والعاملين ضمن إطار نظام " الخدمة الصحية الوطنية " سوف يعملون جيداً لمعالجة صعوبات التطبيق المتوقعة ، وإيجاد حلول لها ضمن برامجهم .

التعاقد من أجل الجودة :

قبل تلخيص نماذج إدارة الجودة الشاملة التى ظهرت ضمن الرعاية الصحية فى المملكة المتحدة ، قد يكون من المناسب تغطية ما أدركته أو نظرت إليه وزارة الصحة فى عام ١٩٨٩م ، كمحرك رئيسى للجودة ، بما فى ذلك مفهومها للتعاقد ، وإدارة طالبى الخدمة (دافعى أجور الخدمات / المشترين *Purchasers*) ومقدموها .

إلا أنه قبل ذلك ، نود أن نشير إلى تطبيقات إدارة الجودة الشاملة فى قطاع الصناعة ، حيث يرتبط تطبيقها بتحسين العلاقات مع الموردين . أما ضمن اهتمام نظام " الخدمة الصحية الوطنية " بإدارة الجودة الشاملة ، فهي ترتبط بتأكيد المتزايد على التنافس المنظم على مستهلكى الرعاية : فالمطلوب من نظام " الخدمة الصحية الوطنية " هو توفير هذا الحد التنافسى . ولتحقيق هذه الميزة الحقيقية أو تخيل فائدة تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؛ يتطلب ذلك علاقة تعاونية جيدة بين طالب الخدمة " من المشترين لها " ومقدمها ، تلك العلاقة التى يمكن أن تستند إلى العناصر التالية :

- وجود مواصفات واضحة وغير غامضة للجودة .
- وجود علاقة إيجابية ناضجة بين طالبى الخدمة ومقدميها .
- مراقبة واضحة وفعالة (للخدمات المقدمة) .
- إيجاد فرص تمويل جديدة .
- توفر معلومات أفضل من/إلى المواطنين عن الجودة .

وضمن هذا السياق ، كانت الركيزة الأساسية لإصلاحات " العمل من أجل المرضى " هى بلوغ الجودة والتجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته ؛ فالمشترى ومقدمو الخدمة والمرضى لديهم جميعاً توقعات مختلفة حول كيفية تعريف الجودة ، وقياسها والمراقبة عليها .

وتُعدُّ الطريقة الأكثر عملية لموازنة التوقعات بين الأطراف الثلاثة أنفة الذكر ، هى أن يبنى ضمن أسلوب إدارة الجودة الشاملة معلومات أفضل حول مكونات جودة الرعاية . إضافة إلى إيجاد المعايير العملية للجودة والمقاييس المصاحبة لها ، وبالتالي سوف يكون ممكناً مساعدة المشترى والمواطنين للحصول على القيمة القصوى نظير ما ينفقونه على رعايتهم الصحية ، وكذلك الحصول على رضا أكبر من العملاء .

إن نظام تطوير هذه المعايير الواضحة للجودة يجب أن يجرى من نفس النظام الذى يستخدمه مقدمو الخدمة لتطوير الأسلوب الكلى للجودة . وينبغى على المشترين

ومقدمى الخدمة الرئيسيين أن يكون لهما نفس القدر من حرية الحصول على المعلومات نفسها لكن بدرجات مستويات مختلفة .

وضع الصورة التمهيدية لإدارة الجودة الشاملة فى الخدمات الصحية الوطنية فى المملكة المتحدة :

هذه المقاطع التمهيدية المشار إليها فى الأشكال المرفقة من (١-١٠) إلى (١٦-١) ، قد أضافت إلى الصورة الإجمالية " للخدمة الصحية الوطنية " ، استعداد (جاهزية) المبادرات لإدارة الجودة الشاملة التى تم الاستشهاد بها مسبقاً من واقع كتابات " كوش - Koch " فى عام ١٩٩١م .

وعلى امتداد المملكة المتحدة ، وفى مواقع عرض تجارب تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، وكذلك فى الوحدات الأخرى التى تم تمويلها إقليمياً ومحلياً أو بتمويل خاص منها لتحريك دفع مرحلتها الأولى من برنامجها لإدارة الجودة الشاملة - حدثت نقلة نوعية كبيرة فى نشاط إدارة الجودة الشاملة .

ففى العمل الذى تولاه المؤلف فى مجالى الاستشارات وتدريب الموظفين على جميع مستويات وحدات مقدمى الخدمة ، فإن بعض الهياكل (أو الأطر) الأولية قد بدأت تظهر لتصوير إدارة الجودة الشاملة . وليس بالضرورة أن تكون هذه الهياكل أو الأطر صحيحة أو شاملة ، لكن على أية حال ، فربما تكون مفيدة للقراء الذين يطورون أسلوبهم الخاص بإدارة الجودة الشاملة .

وتدور إدارة الجودة الشاملة ضمن هذه الهياكل أو الأطر حول المحاور التالية :

- التوجيه الشامل (أو الكلى) للعريض .

- إدارة الجودة .

- قياس الأداء .

وحسب الشكل (١-١٠) يتضمن برنامج توجيه (أو تهيئة) المرضى ، السعى نحو محاولة إسعادهم وإيجاد البهجة على وجوههم . وفى العديد من الحالات ، يحقق موظفو

نظام الخدمات الصحية الوطنية هذا الأمر باعتمادهم على موظفيهم المحترفين (التخصصيين أو المتمرسين) : ليس في اعتمادهم على الحاسة التامة ، لكن على قدرتهم على إنجاز العمل بشكل جيد .

الشكل رقم (١-١٠) : أهداف إدارة الجودة الشاملة

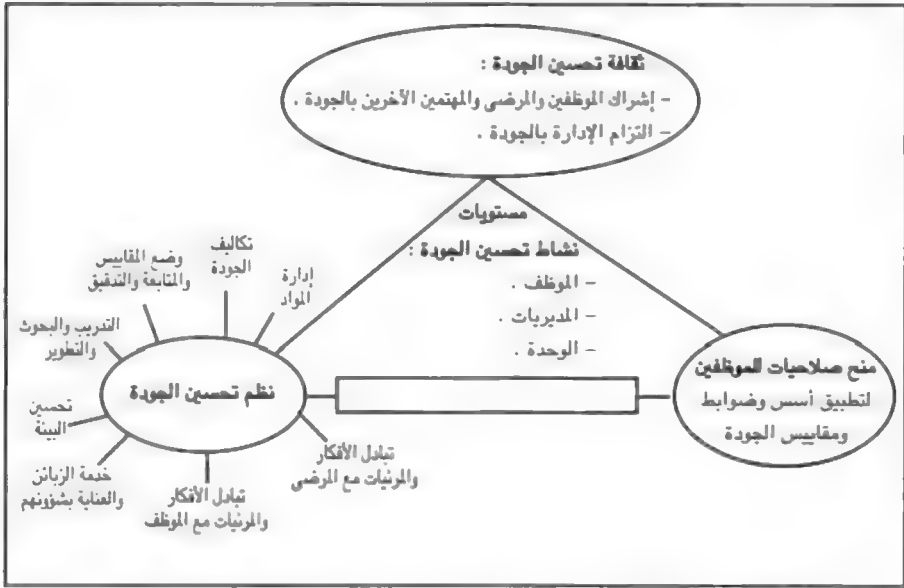


من ناحية أخرى ، يجب أن يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة في نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ، إلى تحقيق فوائد عديدة له ، منها :

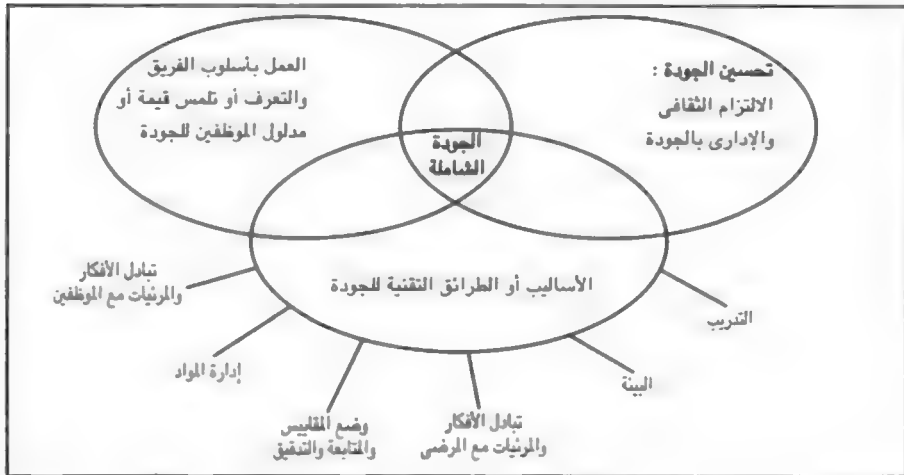
- تقديم خدمة جيدة ، بل السعي نحو تقديم خدمة أفضل .
- سرور وابتهاج المستفيدين أو العملاء من الخدمات المقدمة .
- رضا الموظفين .
- وجود موظفين يعملون بشكل جيد عبر الأقسام المختلفة للمنشأة الصحية .
- تقليل تكاليف التشغيل .

وعلى ضوء ما تقدم ، نستطيع القول إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعتمد على تناسج أنوات وأساليب وتقنيات فريق عمل ذي ثقافات وخبرات متنوعة . ويشير كل نموذج من النماذج الخمسة المبينة في الأشكال من (١-١١) إلى (١-١٥) إلى الطرائق المختلفة لتحقيق هذا التكامل بين أفراد الفريق .

الشكل رقم (١-١١) : تناسج فريق العمل ذي الثقافات المتعددة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



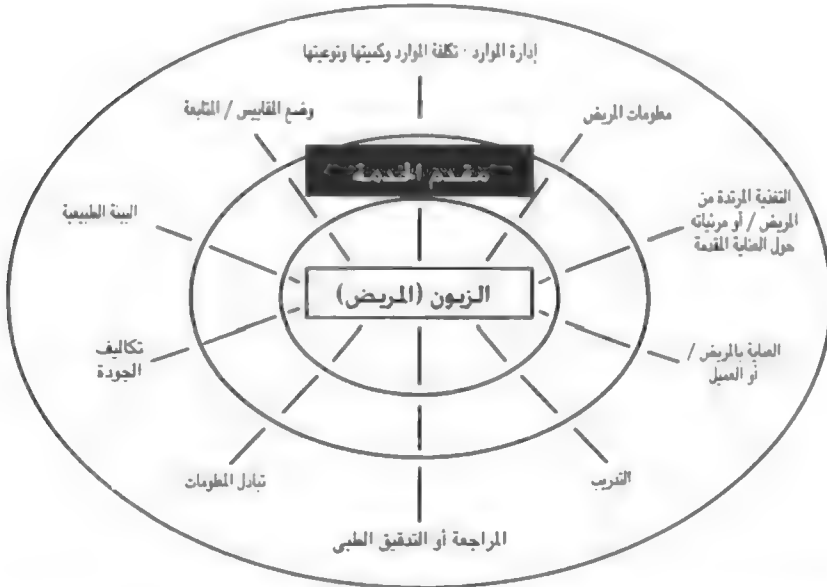
الشكل رقم (١-١٢) : متطلبات تحقيق الجودة الشاملة



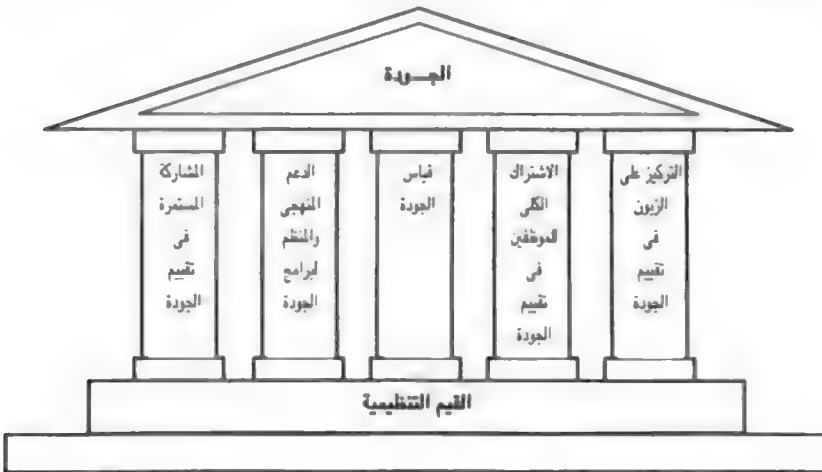
الشكل رقم (١-١٢) : الأدوات والطرائق الفنية التي يلجأ إليها فريق العمل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



الشكل رقم (١-١٤) : الإطار الثقافي لإدارة الجودة الشاملة



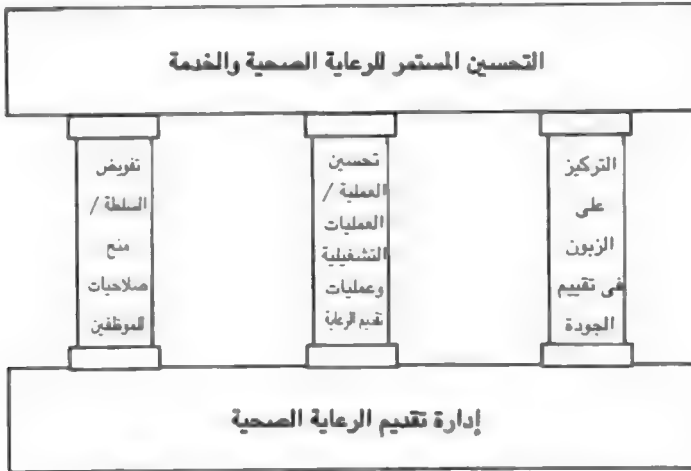
الشكل رقم (١-١٥) : هل تتناسب القيم التنظيمية المبينة في الشكل أدناه مع بلوغ الجودة ؟



وفى محاولة الأخذ بالحسبان التعقيد والتنوع الحتمى لقضايا أو موضوعات الجودة كالتى تم عرضها فى النماذج السابقة ، فإن النموذج الذى يمكن ضمان نجاحه بشكل أفضل هو فى الحقيقة الذى يتميز ببساطته وسهولته ، أى ذلك النموذج الذى يمكن أن يستوعب أى موضوع مهما كانت طريقة طرحه .

إن النموذج العملى الذى أعطى للمؤلف شكلاً وجوهرًا هو استفادته من خبرته كممارس سريرى ، ومدير ، واستشارى إدارى إلى هذا التاريخ . وهذا النموذج يُعلمنا العديد من جوانب الجودة الشاملة فى هذا الكتاب كما يظهر من الشكل رقم (١-١٦) .

الشكل رقم (١-١٦) : التحسين المستمر للجودة فى العمليات الإدارية لتقييم الرعاية الصحية



وباختصار ، فقد حدد زميل لى ، الغرض الرئيسى لإدارة الجودة الشاملة ، ببساطة شديدة ، وهو أن تؤدى عملك جيداً ؛ مما يسمح بإنتاج رعاية صحية ذى جودة عالية والتى سوف تتحسن باستمرار . ولبلوغ ذلك ينبغى الاهتمام بما يلى :

- التركيز على العميل (تبادل الآراء والأفكار مع المرضى ، والأطباء الممارسين ، والمشتريين) .
- تحسين عملية تقديم الخدمة (وضع المقاييس / المراقبة والمتابعة المستمرة للعمل ، وحساب تكاليف الجودة ، واتخاذ إجراءات تصحيحية ، وعمل خرائط لتدفق النشاطات) .

- منح صلاحيات للموظفين (تقدير الموظفين ، وتقييم أدائهم ، وتدريبهم ، وإشراكهم في فرق التثبث من الجودة ، والتركيز على لطافة الموظفين وتوفير وسائل الراحة والمتعة لهم ، وتحسين شروط بيئة العمل) .

إن كتل البناء الثلاث هذه ، لا تتطلب عناية أو اهتماماً وتدخلأ فقط لتصحيح المشكلات التي تعترض بلوغ مستويات عالية من الجودة ، بل إدارة واضحة ومنظمة .

وينصبّ اهتمام هذا الكتاب على تقديم عشرة عناوين رئيسية عن إدارة الجودة الشاملة ضمن الرعاية الصحية بطريقة مرتبة وعملية .

يضاف إلى ما سبق ، أن نص الكتاب سوف يتراوح من المثال البسيط (توقيف سيارة ، منضدتك ، السلوك عند استخدام الهاتف) إلى المثال المعقد أو المتنوع (وضع مقاييس شاملة) .

وكلما كان المثال سهلاً ، فربما حصلنا على رسالة أفضل . ويعالج الكتاب في فصوله اللاحقة القضايا التالية :

- التزام الموظفين وتطوير الإستراتيجية .
- إدارة وتنظيم إدارة الجودة الشاملة .
- قياس الجودة .
- تصميم الرعاية الصحية .
- الرقابة على عمليات الرعاية الصحية .
- منح صلاحيات للموظفين وحل المشكلات .
- التجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته .
- استدامة الالتزام بالجودة والإبقاء على زخمها (كقوة دافعة) لتحسين أداء العمل والارتقاء المستمر بمستوياته .

وأخيراً ، أتمنى بصدق أن تجد متعة عند قراءة هذه الفصول ، وأن تجد خبراتك الشخصية قد انعكست فيها بوجود بعض المؤشرات المفيدة لمساعدتك في مساعيك ومحاولاتك الخاصة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة .

الفصل الثامن

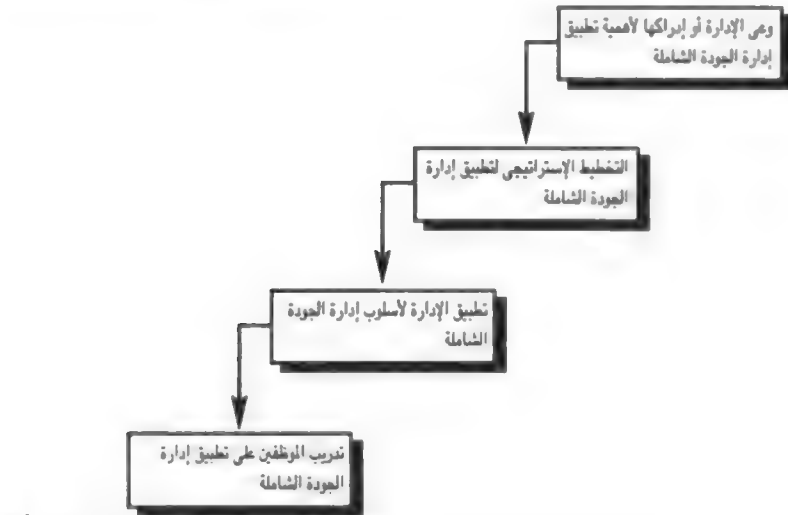
إستراتيجية الوصول إلى التزام الموظفين وتثبيت استمراريته

القيادة ، وكيفية التطبيق على جميع المستويات :

يتطلب إدخال تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى قطاع مضطرب ، مثل قطاع الرعاية الصحية ، قيادةً شديدةً ، وتوجيهاً قوياً من قمة التنظيم لتبنيه ، إضافة إلى وضع إستراتيجية متماسكة ، وخطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح . ولمساعدة وحدة تقديم الرعاية الصحية على تطبيقه ، فى جميع مراحله ، وعلى جميع مستوياتها التنظيمية : فذلك يحتاج إلى دمج مسار سلوك تطبيقه مع سلوك أسلوب طريقة الشلال (*Cascade Method*) : حتى يتم انسيابه فى كامل الوحدة الصحية .

ويظهر الشكل رقم (١-٢) أدناه ، الخطوات الرئيسية الأربع التالية فى خطة انسياب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى وحدة الرعاية الصحية .

الشكل رقم (١-٢) : تطبيق خطة انسياب أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى وحدة الرعاية الصحية



وحسب الشكل السابق تتمثل كل خطوة من الخطوات الرئيسية الأربع فيما يلي :

- الوعي والبصيرة الإدارية بأهمية أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، والحرص الشخصى على الالتزام بتطبيقه .
- التخطيط الإستراتيجى لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وإشراك الموظفين فى عملية التخطيط لتطبيقه .
- التطبيق الإدارى لأسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وذلك بتكامل الجوانب التحليلية والسلوكية لعناصر تطبيق هذا الأسلوب .
- تدريب الموظفين على كيفية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة .

وكما أشرنا آنفاً ، يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، فى أى منظمة ، قيادة شديدة ، وتوجيهاً قوياً من قمة التنظيم لتبنى هذا الأسلوب . وينبغى أن تكون هذه القيادة ، بالطبع ، مستمدة من مديرها التنفيذى ، أو مديرها العام ، أو من أحد أعضائها المنتخبين من قبل مجلس الإدارة . وفى بعض الوحدات (الصحية) ، يحتمل أن يكون مدير الجودة ، فى الوحدة ، هو الشخص الذى يُظهر هذه السمة القيادية ، وبخاصة إذا كان أسلوب المدير التنفيذى يميل أو ينحاز نحو الإدارة المالية أكثر من ميله نحو إدارة الجودة الشاملة . ويمكن لإدارة الجودة الشاملة أن تنجح تحت إحدى هاتين القيادتين ، لكن وضعها تحت قيادة الأخير من المرجح أن يعطيها دفعاً أسرع لتطبيقها ، وقد يضمن لها نجاحاً بصورة أفضل من سابقتها .

كيفية الوصول إلى التزام الموظفين - الجزء الأول :

هل نحن ، بالفعل ، غير ملتزمين ؟

مع إطلاق أى مبادرة إدارية أو تنظيمية جديدة ، فإنه من غير المحتمل أن تكون جديدة بصورة شاملة على الموظفين . وينطبق هذا النوع من المبادرات ، بالتأكيد ، على أسلوب إدارة الجودة الشاملة . وقد يتساعل بعض الموظفين ، فى هذا المجال ، إن لم يكن جميعهم ، إذا كان سيقدم تطبيق هذا الأسلوب أو سيضيف شيئاً جديداً لهم ، أم هو فقط محاولة جديدة لإعادة تغليف أسلوب الإدارة بالأهداف ؟ فيما يتعلق بإدارة

الجودة ، فإن الموظفين غالباً سيصدقون ، ويقولون حقاً : نحن ملتزمون سلفاً بجودة الرعاية والخدمة المقدمتين . وبلا شك فما يعتقدون به هو صحيح - لكن مع ذلك فإن الالتزام بالجودة وزيادة الالتزام بها يقتضى :

- زيادة المعرفة حول الجودة .
- تطوير مهارات جديدة لمواكبة الجودة .
- بيان مدى ملاءمة (الأخذ ب) المساهمات أو التجارب الشخصية فى الصورة التنظيمية لإدارة الجودة .

وقد لا يكون كافياً القول إن الموظفين ملتزمون بتحسين الجودة وقيمها الجوهرية ؛ إذ ينبغى أن يُظهر المتخصصون السريريون الأول (Senior Clinicians) والمديرون التزامهم بالجودة فى جميع أعمالهم التى يقومون بها . ويمكن عرض الدور النموذجى ضمن الجودة من قبل الموظفين الأول (Senior Staff) بعدة طرق ، مثل عملهم ، جنباً إلى جنب ، مع الموظفين العاملين فى الواجهة الأمامية (كالممرضات والحمالين) حتى يجربوا بأنفسهم العناية المباشرة بالمرضى ، ويحققوا شخصياً فى شكاواهم .

- ولضمان التزام الإدارة بدور مثالى أكبر تجاه الجودة ، ينبغى أن تبرز السلوكيات التالية :
- ١- وضع تصور واضح لالتزام الإدارة بالجودة (على المدى القريب ، والمتوسط ، والبعيد) .
- ٢- ضمان وضوح أهداف الوحدة وتكاملها ، ومن المهم أن يستوعب كل فرد هذه الأهداف بصورة واضحة .
- ٣- إجراء اجتماعات فعّالة ومثمرة ، وحفظ محاضر " دقائق " هذه الاجتماعات .
- ٤- القدرة على تبادل الأفكار والآراء بصورة جيدة - لا تحاول أن تفقد الرسالة خلال معالجة التفاصيل الفنية .
- ٥- الاستثمار فى التدريب - درّب للوقاية من الوقوع فى الأخطاء أو إعاقة العمل .

وبالنسبة لـ " سيكولوجية " إدارة الجودة ، فقد فصلها " أولى Ullah " ، منذ فترة قريبة ، بوضوح تام (Ullah, 199?) * ، وذلك بتأكيدده على حاجتنا للتركيز على الأفراد ، وتغيير سلوكياتهم بدلاً من التركيز على التغييرات فى التقنية - فمن المعروف أن الأفراد يستوعبون بسهولة الأعباء التى يكلفون بها ، لكن من الصعب توقع إنجازها حسب ما يطلب منهم .

ولتشكيل أو تكيف المواقف التى ينتج عنها السلوك الواعى نحو الجودة ؛ فإنه من المهم أن يركز على المواقف الموجهة نحو عملٍ محددٍ يتعلق بالسلوك ، بدلاً من التركيز على المواقف العامة حول الحاجة للجودة ، وأهمية إرضاء العميل . من هنا ، فنحن بحاجة إلى أن نعرف كيف ترتبط قيمنا للعمل بسلوكياتنا عند أدائه ، وذلك من خلال رصد توقعاتنا واعتقاداتنا الخاصة حول قدراتنا على أداء العمل .

وتذكر للحظة واحدة هذه التعليقات المتقطعة ، غير المتسمة - كسلوكيات - بالجودة ، وتمثل ردّ فعلك عليها :

موظف المستقبل : لم أتلق أى تغيير ... بأن هذا هو من صلاحياتك .

ممرضة العظام : اذهب لقسم الأشعة واشتك ؛ لقد حاولت ، لا يمكننى أن أجعلهم أو أجبرهم على القيام بعمل أى شىء .

أى شخص : ليس من واجبى أن أعمل ذلك .

العمال : لا أدري لماذا يجعلوننا نعمل هذا العمل بهذه الطريقة .

المدير : عملى هو أن أقوم بفرز أو تصنيف الأزمات فى المستشفى .

الممرضة : المشكلة الرئيسية فى هذا المستشفى تتمثل فى نقص التمويل اللازم ، لكن لا أحد يصفى لنا .

الطبيب : أنا بحاجة إلى مكان لسيارتى الخاصة ؛ لأننى أتلقي استدعاءات طارئة لا تحتل التأخير .

* لم يتمكن المؤلف من الحصول على تاريخ محدد ، (المترجم) .

الرؤية حول الجودة :

تشير قراءة أدبيات تطبيق المبادئ الأساسية للجودة ، ومضامين قيمها الجوهرية ، عبر الصناعات المختلفة ، إلى توافق نسبي بينها . ويوضح الشكل رقم (٢-٢) ، القيم الرئيسية لفرد ما ، في منظمة ، يطبق إدارة الجودة الشاملة بنجاح .

الشكل رقم (٢-٢) : القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة



ونعرض فيما يلي تطبيقات هذه القيم الجوهرية للجودة في المرفق الصحي حسب النموذج الوارد في الشكل السابق :

١- خدمة المريض (والعملاء الآخرين) أولاً :

ينبغي أن تعزز العناية الصحية - خصوصية - أو - فردية - عملاتها عن طريق عملية تخطيط الرعاية . ومع ذلك ، فإن كلاً من الموظفين والمواطنين (الجمهور) يعترفون بأن المقدرة على إدراك هذه الخصوصية هي تجسيدها في القيمة الجوهرية المتمثلة في شعار "خدمة المريض أولاً" - رغم فروقات درجات تجسيدها في المجالين السريري وغير السريري .

وضمن هذا الإطار يمكن إثارة التساؤلات التالية :

- هل للمريض أولوية على الموظفين في إيقاف سيارته أمام المستشفى ؟
- هل لدى المريض الخيار في تحديد مواعده مع الطبيب ؟

- هل يعرض على المريض تناول فنجان قهوة ؟
- هل للمريض الحق في استخدام الهاتف ؟
- هل للمريض أن يبدي مرئياته حول العلاج المقدم له ؟

٢- تحقيق توقعات العميل وأكثر من ذلك :

عندما يكون المتخصص (الذي يعمل في مجال الخدمات السريرية) مُدرباً ومتمرساً في عمله ، يمكنه تعميم مشكلات الأفراد وسلوكياتهم ، وبالتالي يكون قادراً على تصنيف هذه المشكلات وتلك السلوكيات ، وترتيبها في فئات تجعل من عمله مرتباً بصورة أكبر لمقابلة توقعات عملائه بصورة كبيرة . إلا أنه مع اختلاف المهارات الفردية للمتخصصين في هذا المجال ، ينبغي التعميم عليهم بضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات عملائهم ، والعناية الفائقة بها : وذلك لزيادة رضا العملاء حول الخدمات المقدمة لهم .

٣- تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة :

إذا أخذنا في الاعتبار الطريقة التي تم بها تطوير نظام "الخدمة الصحية الوطنية" منذ عام ١٩٤٨م - وبشكل رئيسي - على أيدي الأطباء والمرضات والمحترفين ، نستطيع القول إن هذا النظام يمتاز بجودة عالية جداً ، حتى بدون وجود مواصفات الخدمة الشاملة . وضمن هذا السياق ، فقد لا نعرف ، في حالات عديدة ، ما هي الخدمة الصحيحة ، وإذا كنا نعرف ، فقد يكون لدينا إصداران أو أكثر عن ماهية الخدمة الصحيحة . ونحتاج ، في ضوء ذلك ، أن نسعى إلى إيجاد مواصفات وحيدة للموافقة عليها ، ووضعها قيد التطبيق أو الممارسة لأول مرة من قبل جميع المشاركين في تطبيقها .

وفي هذه المرحلة من تطور إدارة الجودة الشاملة ضمن نظام الخدمة الصحية الوطنية ، فإن النقطة الحيوية والمثيرة للاهتمام هي : ماذا ينبغي أن يحدث عند عدم تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة ؟ والجواب هو ببساطة : ينبغي تقديم الخدمة المصححة بشكل صحيح في المرة الثانية فوراً . وقد يكون في اختيار بعض

الموظفين الأكفاء فى أقرب فرصة : للبحث عن أسباب فشل تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة : بهدف وضعها فوراً فى مسارها الصحيح - الخطوة الأولى نحو طريق تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

٤- خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدنى جودتها :

قد يشعر البعض أن مصطلحي الجودة والكلفة متعارضان فى مضامين تطبيقاتهما اليومية ، مثل الممرضة التى ترى أن الجودة تتحسن فقط عندما يتوفر تمويل أكثر للخدمات المقدمة . وإذا ما سألنا بعضاً من المختصين فى قطاع التصنيع عن نظرتهم لكل من الجودة والتكلفة : سوف يكون ردهم الأولى مبنياً على مناقشة الاعتبارات المتعلقة بكيفية قياس نجاح منظمتهم ، وفق تعابير المستوى الصحيح لتكاليف الجودة : أى ما هو مقدار الموارد المبددة (أو المهدرة) من عدم القدرة على بلوغ الأداء الصحيح من أول مرة ؟ إن القيمة الرئيسية التى ينبغى أن نستخلصها هى الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن : لتحديد وتقليل تكاليف فشل الوحدة الصحية فى تقديم خدمات ذات مستوى عالٍ من الجودة .

٥- دعم الأداء الجيد للموظفين :

إن الوحدة الصحية الناجحة هى التى تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون من لحظة حثهم أو دفعهم على أداء العمل ، أنهم مقدرين كأفراد ، وكأعضاء فاعلين فى فرق العمل المشكلة ، ولديهم دور مهم لأدائه فى الوحدة .

لقد بنت منظمات مثل "ماركس وسبنسرز *Marks and Spencers*" نجاحها ، بشكل جزئى ، على إستراتيجيات العلاقات الإنسانية ، حيث احتل موظفوها المرتبة الثانية ، بعد عملائها الذين وضعوا على قمة أولوياتها ضمن هذه الإستراتيجيات .

إن فعالية إدارة الجودة الشاملة ، طبقاً لكل من "سيدون وجاكسون *Seddon and Jackson*" تقل ، غالباً ، عند فشل الإدارة فى عدم أخذها بعين الاعتبار ، للعلاقة بين القيم الجوهرية للجودة ، والسلوك الثقافى ، والإنتاجية . فالتغيير الثقافى بين الموظفين لا يحدث بين يوم وليلة : فهو يستند أولاً إلى درجة التزام الموظفين الأول (Senior Staff)

بتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة . ومن ثم ، ثانياً ، عمل نقلة نوعية في نظم القيم ، المرتكزة على الاعتقاد بالشغف ، نحو التغيير والتحسين الثقافي المرغوب ، الذي يكفل زيادة الإنتاجية ، والارتقاء بمستوى أداء العمل .

إن تأثير تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة سواء في مستشفى ، أو خدمة مجتمعية ، هدفه ضمان تبني الموظفين الأول ، فيه أو فيها ، لعقلية وقائية *Preventive Mentality* ، وتدابير تكفل تعزيز أسلوب الأداء الصحيح للعمل من المرة الأولى ، وبخاصة في الحالات والمواقف المتعلقة بتقديم الخدمات السريرية ، وغير السريرية (أوكلاند ١٩٨٩م - Oakland) . ولفهم الأمور والتدابير التي ينبغي أن نتبناها في هذا المجال ، فقد يكون من المفيد ، بل من الضروري ، إثارة التساؤلات الآتية للمعنيين من الموظفين الأول في مستشفى ، أو في خدمة مجتمعية :

- هل تقيم تكاليف الأخطاء والشكاوى المتعلقة بالعلاج أو الخدمة المقدمة ؟ وما هو تقدير لقيمة هذه التكاليف ، قليلة كانت أم صغيرة ، كنسبة مئوية من ميزانية الدخل ؟
- هل تعطى إدارة الجودة ووضع المقاييس أولوية كبيرة ؟
- هل تمتلك الخدمة نظاماً للجودة ؟ وهل تحتفظ بمعلومات موثقة ؟ وهل لديها سياسات وإجراءات منظمة ومرتبطة ؟
- هل الموظفون متمكنون بشكل جيد لكيفية مواجهة المشكلات وإيجاد حلول مناسبة لها ؟
- هل الموظفون مدربون بشكل جيد لأداء العمل بشكله الصحيح من المرة الأولى ؟
- ونستطيع أن نستخلص ، في ضوء ما سبق ، أن مفهوم أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، يهتم بتغيير مواقف ومهارات الموظفين ؛ كي تصبح ثقافة الرعاية الصحية أحد العناصر التي تقي من الفشل في تطبيق هذا الأسلوب بشكله الصحيح من المرة الأولى .

تخطيط الإستراتيجية :

يجب أن تكون إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة في أي وحدة رعاية صحية متكيفة (أو تمت معالجتها) مع الخصائص والثقافة الخاصة السائدة فيها . وبرغم ذلك ،

هناك ، ومن واقع الخبرة المكتسبة ، بضعة مكونات رئيسية ينبغي أن توجد في تطوير الإستراتيجية : إعطاء إدارة الجودة جوهر طرق العمل أو أسلوبه ، والتصرفات والسلوكيات التي ينبغي اتباعها لمدة تتراوح من سنة إلى ثلاث سنوات ، وذلك قبل تنقيحها ومراجعتها مرة أخرى . ومن أهم المكونات الرئيسية التي تتضمنها الإستراتيجية ما يلي :

١- مقدمة للجودة ، وتحسين الجودة - وضع تصور عام أو نظرة عامة .

٢- الخطوط العريضة لإدارة الجودة الشاملة :

- ثقافة الجودة والرؤى حول أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

- التزام الإدارة والمتخصصين السريريين بالجودة .

- فرق العمل ومنح أو تفويض الصلاحيات اللازمة .

- نظم تحسين الجودة ، وأدواتها ، وتقنياتها .

- توجيه المرضى وعملاء الوحدة الصحية .

٣- صلة إدارة الجودة الشاملة بالعمليات الإدارية الأخرى :

- صلتها بالمؤشرات الإدارية .

- المراجعة الطبية .

- تخطيط الأعمال .

- التعاقد .

- ميثاق حقوق المرضى .

٤- وصف مفصل للمكونات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة :

- إستراتيجية الاتصالات (تبادل الأفكار والآراء) .

- الاتصالات بين المرضى والموظفين .
- وضع المقاييس ، ومراقبة الأعمال ، ومراجعتها .
- تكاليف الجودة .
- استخدام المعلومات .
- تحسين أسلوب أداء فرق العمل ، وتفويض أو منح الصلاحيات لفرق متابعة الجودة .
- التدريب على الجودة .
- ٥- مسؤوليات التطبيق :
- جميع الموظفين .
- الأشخاص الرئيسيون .
- دور المجموعة أو اللجنة التنفيذية الموجهة لأعمال إدارة الجودة الشاملة .
- دور أعضاء الهيئتين الطبية والتمريضية .
- ٦- تطبيق البرنامج :
- خلال الفترة الممتدة من ستة شهور إلى اثنى عشر شهراً .
- الأهداف التفصيلية / المسؤوليات / البرنامج الزمنى .

أولوية خدمات الرعاية في فال أيلسبري نحو جودة شاملة - إستراتيجية عمل للتطبيق

١- مقدمة :

تقدم وحدة فال أيلسبري الصحية ، خدمات صحية على مستوى عالٍ من الجودة في مجالات الصحة العقلية ، والتعامل مع الإعاقات العقلية ، والتأهيل الطبيعي ، وعلاج الآلام المزمنة ، والرعاية الصحية العامة للمجتمع . وحسب الخطوط العريضة الواردة في ملخص مجلس أمناء هذه الوحدة لتطبيقات الجودة فيها (إبريل ١٩٩١م) ، تستمر الوحدة في تلبية الاحتياجات الصحية المحلية والتثقيفية ، الحالية منها والمستقبلية ، وكذلك تلبية احتياجات العاملين فيها ومكافأتهم ؛ وذلك لتحسين جودة الخدمة فيها من خلال تطبيق إستراتيجية عمل "نحو جودة شاملة" .

٢- الجودة الشاملة :

إن المبدئين اللذين نسترشد بهما في موضوع الجودة الشاملة هما : تمنياتنا بتقديم أفضل خدمة ممكنة لزيائننا في كل الأوقات ، ودعم وتعزيز الاحتراف المهني لموظفينا .

إن هذا الالتزام بالمستوى العالي للخدمات في وحدة فال أيلسبري الصحية يقتضى أن تدار وتقدم جميع جوانب الخدمة بأفضل مستوى ممكن . وينبغي عليهم مقابلة احتياجات مجتمع منطقة الخدمة . وينبغي أن تؤدي الجهود المقدمة باستمرار من قبل الموظفين العاملين في كلا الخدمات السريرية وغير السريرية إلى تحسين هذه الخدمة . ويمكن وصف هذه الجهود من خلال :

- وجود التزام إداري ، وقيادة فاعلة : لتحسين جودة السلوك العام أو البيئة الثقافية للوحدة الصحية ، وإشراك الموظفين والمرضى والمهتمين الآخرين في عملية تحسين الجودة .

- وضع أو تأسيس نظم لتحسين الجودة (مثل : وضع المقاييس ، والمراجعة والتدقيق فى الإجراءات والأعمال المقدمة ، وتكاليف الجودة) : لمراقبة ومراجعة الجوانب الرئيسية للرعاية والخدمة المقدمة من قبل جميع فرق العمل المُشكَّلة فى الوحدة الصحية وسائر أقسامها .

- تسهيل فاعلية فرق العمل فى الوحدة ، والتعاون بين أفرادها ، وتقدير الموظفين المتميزين فيها ، وتقديم التدريب المناسب لهم ، والعمل على دعمه .

- ضمان جودة الخدمات المقدمة ، والارتقاء بمستوياتها ، بما يفي بمقابلة توقعات المشاركين ببالص التأمين الصحى عبر العملية التعاقدية بين الوحدة الصحية وبينهم .

٢- عناصر الإستراتيجية :

تشمل إستراتيجية الجودة الشاملة للوحدة الصحية العناصر التالية :

- إستراتيجية الإدارة - تتضمن ما يلى :

- تشكيل لجنة تنفيذية من قبل مجلس إدارة الوحدة الصحية لاتخاذ القرارات التى تضمن سرعة وفعالية تطوير وتنسيق مبادرات الجودة .

- أن يكون هناك تبادل للأفكار والآراء بين العاملين فى جميع الوحدة الصحية حول مبادرات الجودة وبيان مدى التقدم فيها . ويعد تأليف فرق التحسين وتدريب المنسقين (أو مسهلى الأعمال) أساساً مهماً لذلك . وقد يكون من المفيد الاستعانة بمرشد (استشارى) خارجى لتسهيل وضع إستراتيجية الإدارة فى مراحلها الأولية .

- إستراتيجية الاتصال أو التواصل بين المريض وموظفى الوحدة الصحية ، تشمل على ما يلى :

- ستقوم الوحدة الصحية بوضع خطة تفصيلية وواضحة لتبادل الأفكار والآراء مع الأفراد الذين تعمل على خدمتهم (المرضى ، والمهتمين ، والممارسين العاميين) . وسوف تحدد هذه الخطة احتياجاتهم حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة ،

وكذلك رضاء هم عنها ، بما يتوافق مع ميثاق حقوق المرضى . كما ستأخذ الخطة بعين الاعتبار ، أيضاً ، مقابلة احتياجات العملاء الداخليين للوحدة الصحية ، أى مجموعة الموظفين السريريين والموظفين الإداريين العاملين فى الوحدة الصحية .

- وضع مقاييس للجودة ، والقيام بأعمال المتابعة المستمرة والمراجعة الطبية :

سوف تتضمن نظم الحفاظ على تحسين الجودة ما يلى :

- وضع مقاييس للجودة قابلة للقياس وموافق عليها .

- المتابعة المستمرة للأداء : وذلك للتأكد من الامتثال للمقاييس الموضوعية .

- المراجعة الطبية والتمريضية ، وكذا مراجعة النظراء لإجراءات التشخيص والعلاج ، بما فى ذلك متابعة النتائج الإيجابية والسلبية للرعاية والخدمات المقدمة .

- تطبيق تحسينات محددة مسبقاً للجودة .

- تكاليف الجودة وبيان الموارد المبددة (أو المهجرة) :

إن تحديد التكاليف الخفية المستمرة التى تشير إلى مستوى متدنٍ للجودة أينما وجدت يعد أمراً فى غاية الأهمية . ويمكن مواجهة ذلك إما بزيادة إدراك الموظفين حول هذه التكاليف ، وحفزهم إلى العمل للتقليل منها ، من خلال اللجوء إلى طرائق تقييم أفضل لأدائهم ، واتباع سلسلة من الإجراءات لتجنب هذه التكاليف ، وإما بتخصيص بعض الأموال بهدف استثمارها فى التخطيط للجودة ، بما يتناسب مع الاقتصاد فى احتواء التكاليف الممكنة ، والاستفادة بشكل مناسب من الاقتصاد ، سواء فى الوقت أو الموارد المالية ، بإعادة استثمارها أو توظيفها مرة ثانية فى أعمال ذات صلة بالارتقاء بمستويات الجودة ، وتقدير ومكافأة الموظفين المبدعين والمتميزين فى أعمالهم .

- معلومات الإستراتيجية والقياس :

من ضمن عناصر إستراتيجية الجودة أن يتم التأكد من جمع البيانات الملائمة ذات الصلة بالجودة ، وتحليلها ، وإخراجها كمعلومات إدارية ؛ بهدف أن يكون جميع

الموظفين على دراية تامة باتجاهات مؤشرات الجودة في الوحدة الصحية ، وتقدم مستوياتها .

– الارتقاء بأعمال الفرد وفرق العمل :

إن الموظفين سواء العاملين منهم بشكل فردي (كالعاملين في مجال الرعاية التمريضية) ، أو بصورة جماعية كأعضاء الفرق ذوى التخصصات المتعددة (كالمعالجين والمتخصصين السريريين) ، يجب أن يكونوا موضع تقدير واحترام ودعم مديريهم وزملائهم في العمل : حيث إن تعزيز التقييم الإيجابي الخاص بكل منهم ، والسعى نحو تنمية قدراتهم الشخصية عن طريق التدريب الصحيح ، فى ضوء توفير الإمكانيات المناسبة لذلك ، إضافة إلى دعم الوحدة لبرنامج للأبحاث والتطوير : بهدف الوصول إلى أنسب الوسائل للارتقاء بأعمال الموظفين ، يُعدّ عنصراً أساسياً فى إستراتيجية الجودة لتحسين جودة العمل فى الوحدة الصحية .

– تسويق الخدمة وزيادة الموارد :

مع التزايد المطرد لإدارة الخدمات بشكل جيد ، والرقى بمستوى جودتها ، فإن الوحدة الصحية سوف تصبح قادرة على تقدير قدراتها التسويقية ، وتمكينها بالتالى من جذب عائد ، أو دخل إضافى من المشتريين القريبين . إن إدراك هذه الإمكانية سوف يسهل للوحدة الصحية القيام بأعمال التطورات المرغوب إدخالها على الخدمات السريرية . وهذه الأعمال قد تم تلخيصها فى الشكل رقم (٢-٣) .

٤- المسؤوليات المخططة بالطاقتم الإدارى لتطبيق إستراتيجية الجودة :

إن مدير عام الوحدة الصحية ، ومجلس إدارتها ، وبشكل خاص مدير وحدة التمريض فيها ، هم الذين يناط بهم ، عادة ، مسؤولية تطبيق إستراتيجية الجودة : فهم الذين يدعمون جميع المديرين والمتخصصين السريريين لتنفيذ نشاطات أو فعاليات الجودة فى الخدمات التى يرتبطون بها . وكما هو موضح فى الشكل رقم (٢-٤) ، فإن نجاح الانتقال نحو الجودة الشاملة ، يعتمد على حماس ومشاركة جميع الموظفين العاملين فى الوحدة الصحية .

هـ - برنامج قصير الأجل لتطبيق إستراتيجية الجودة *

تاريخ التنفيذ أو البدء	فعاليات البرنامج
٩١/٦ م	١- الانتهاء من وضع إستراتيجية الجودة .
٩١/٨ م	٢- تطوير إستراتيجية للاتصالات .
٩١/١٠ م	٣- مناقشة الإستراتيجية مع جميع الموظفين عن طريق مجموعات إدارة الخدمات المختلفة ، يتبعها محاضرات تدريبية على أساس فصلي (أى كل أربعة أشهر) لتعزيز المبادئ الرئيسية للإستراتيجية وللتنمية المستمرة لمهارات الموظفين .
٩١/٨ م	٤- تشكيل فرق تحسين الجودة لجميع خدمات الوحدة الصحية ، واختيار أو ترشيح من يقوم بتسهيل أعمال هذه الفرق فى كل من :
٩١/٩ م	أ. خدمات الإعاقات العقلية .
٩١/٩ م	ب. خدمات الطوارئ والحوادث .
٩١/٩ م	ج. خدمات التأهيل الطبيعى .
٩١/١٠ م	د. خدمات صحة المجتمع .
٩١/١٠ م	هـ. خدمات الصحة العقلية للبالغين .
٩١/١١ م	و. خدمات علاج الألام المزمنة .
٩١/١٠ م	٥- تقديم تدريب لمن سيعهد إليهم بتسهيل أعمال الفرق .
٩١/١٠ م	٦- العمل على وضع مقاييس شاملة للجودة ومتابعة الإستراتيجية .
٩١/١٠ م	٧- تطوير إستراتيجية تكاليف الجودة .
٩١/١١ م	٨- إعداد عرض لتمويل الجودة من ميزانية الوحدة الصحية .
٩١/١١ م	٩- التأكد من الانتهاء من تشكيل حلقات الجودة فى جميع مجموعات الرعاية أو العناية .
٩٢/١ م	١٠- مراجعة مبادرات الجودة الموجودة .
٩٢/٣ م	١١- توضيح تفصيلى لبرنامج تحسين الجودة الذى سيتم تنفيذه خلال السنوات الثلاث المقبلة فى جميع مجموعات الرعاية (أو العناية) ووظائف وأعمال الوحدة الصحية .
٩٢/٥ م	١٢- إجراء مراجعة إستراتيجية الجودة الشاملة للسنة الأولى .

* المصدر :

John Sabugueiro & Hugh Koch, Manor House, Bierton Road, Aylesbury, July, 1991.

خدمات التنفيل الطبي	خدمات الصحة العقلية للكبار	خدمات الصحة العقلية للمسنين
---------------------	----------------------------	-----------------------------



وحدة خدمات السلطة الصحية المركزية " غرب غلامورغان "

إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة لتطبيقها خلال الفترة ١٩٩٢ / ١٩٩٣ م

١- مقدمة :

التزمت هذه الوحدة الصحية بتوفير أعلى المقاييس الممكنة للرعاية والخدمة المقدمتين فيها في حدود مواردها المتاحة . ويُعدُّ تطبيق هذه الوحدة لإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة المفتاح الرئيسى لتحقيق رؤية ما التزمت به . كما جاء هذا الالتزام متسقاً مع توجهات أوراق سبق أن أعدتها الوحدة في هذا الشأن ، وكل من توجيهات إدارة المنطقة ومديرية الشؤون الصحية المشرفة عليها . وسوف يُكمل تطبيق استخدام إستراتيجية " إدارة الجودة الشاملة " من تعزيز جودة الخدمة المقدمة ، بشكل نموذجي ، لسائر المرضى من خلال مهارات المحترفين من موظفى الوحدة .

وبالطبع ، فإن مفهوم جودة الرعاية ، ليس على أى حال ، مفهوماً جديداً على الوحدة الصحية ، لكن ربما الشيء الجديد فيه ، هو أن تطبيق إستراتيجية الجودة فى الوحدة سوف يضيف عليه اهتماماً أفضل بتحسين مستويات الجودة فيها ، وذلك من خلال التنسيق الفعال ، والربط المحكم بين مختلف أعمالها .

٢- نحو جودة شاملة للرعاية والخدمة فى " غرب غلامورغان " :

سوف تعمل وحدة " غرب غلامورغان " الصحية من خلال تطبيقها لإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة على تحقيق الأهداف التالية (الشكل رقم ٢-٥) :

- مقابلة احتياجات وتوقعات المرضى الموافق عليها فى " غرب غلامورغان " .
- تأمين موظفين أكفاء يتصفون بمعنويات مرتفعة ، ومواقف إيجابية ، ومهارات نوعية عالية ، إضافة إلى الإبقاء على المتميزين العاملين منهم .
- إيجاد بيئة عمل تسمح بتقديم خدمات على مستوى عالٍ من الفعالية والكفاءة .

وسوف يتسم تحقيق الأهداف المشار إليها سابقاً من خلال تطبيق هذه الإستراتيجية فى الوحدة الصحية بالآتى :

- تعميم ثقافة تحسين الجودة فى الوحدة الصحية - وذلك من خلال إشراك جميع الموظفين فى فعاليات الجودة (وكذلك المرضى متى كان ذلك ملائماً) - والسعى نحو الحصول على التزام الإداريين والمتخصصين بتحسين الجودة على جميع مستوياتهم التنظيمية .

- إنشاء نظم لتحسين الجودة (على سبيل المثال : وضع مقاييس للجودة ، والقيام بإجراء مراجعة لتدابير التشخيص والعلاج وتكاليف الجودة) لمتابعة ومراجعة مختلف جوانب الرعاية والخدمة الرئيسية المتغيرة ، وتلك التى تثار حولها المشكلات بصفة متكررة ، بما فى ذلك المبادئ الخاصة بميثاق حقوق المرضى .

- منح صلاحيات للموظفين لتسهيل فعالية أعمال الفرق ، والتنسيق الفعال بين مختلف أقسام الوحدة الصحية التى يعملون فيها ، وتقوية روابط العمل بينهم ، وتقدير المتميزين منهم ، إضافة إلى تدريبهم المستمر بهدف تطوير قدراتهم ومهاراتهم ذات الصلة بأعمالهم .

- ضمان أن يكون مستوى الخدمات المقدمة مقابلاً ، إن لم يزد ، للمقاييس المرسومة من قبل الوحدة الصحية وعملائها (المشتريين لخدماتها) فى ضوء العملية التعاقدية المتفق عليها من قبل هذين الطرفين .

الشكل رقم (٢-٦) : القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة

تكريس مبدأ خدمة الزبائن/ أو المريض أولاً

استباق تنفيذ رغبات العميل /		مقابلة توقعات العميل /	
المريض وتلمس توقعاته		المريض وإبلاغها العناية الفائقة	
أداء الخدمة بشكلها الصحيح	الإسهام في خفض تكاليف	دعم الأداء	
من أول مرة	الأعمال المتسمة بتدني جودتها	الجيد للموظفين	

وسوف تخدم المعلومات المشار إليها في الشكل السابق ، إضافة إلى وثيقة العقد الموجودة أصلاً حول طبيعة هذه المعلومات ، كقاعدة فعالة لإدارة العقد بين كل من : المشتري ، وفريق الوحدة الصحية ، وخدماتها . ومن هنا ، سوف يتيح وجود مثل هذه القاعدة حق استعمالها بشكل ودي في الوحدات الأخرى .

- تثبيت مقاييس عالية الجودة لكل خدمة والحفاظ عليها :

إن عملاً معتبراً ، بل ومهماً ، قد تم للأقسام الإدارية والفنية في وحدة " غرب غلامورغان " الصحية : لضمان جودة الخدمات المقدمة فيها ، وذلك من خلال وضع مقاييس لجودة خدماتها ، وأطر لأعمال مراجعة إجراءات التشخيص والعلاج ، ونتائج خدماتها المقدمة .

ومن أجل الحفاظ على التحسين المستمر لجودة خدماتها المقدمة تمت مراعاة عدد من الأسس ، من أهمها :

- وضع مقاييس شاملة للجودة يُوافق عليها ، وتكون قابلة للقياس ، وتغطي في الوقت نفسه ، مختلف جوانب الرعاية والخدمات الرئيسية المتغيرة ، وتلك التي تؤثر حولها المشكلات بصفة مستمرة .

- مراقبة أداء العمل للتأكد من الامتثال لمقاييس الجودة الموضوعية .

- مراجعة النتائج الإيجابية والسلبية للرعاية المقدمة ، وذلك من خلال سلسلة من إجراءات المراجعة الخاصة التي تتسم بالوضوح والكفاءة .

- تحسين الجودة والحد من هدر الموارد :

إن تحديد التكاليف الخفية المستمرة للأعمال التي تتصف بتدنٍ في مستوى جودتها (قصور في أداء العمل ، وهدر في استخدام المستهلكات ذات الاستخدام لمرة واحدة ، وإضاعة الوقت) والسعى نحو خفضها أينما وجدت ، وتكريس الوقت والجهد للوقاية أو الحد من المشكلات التشغيلية ، يعد أمراً في غاية الأهمية . ويتأتى ذلك ، بزيادة إدراك ووعي الموظفين حول هذه التكاليف ، وتشجيع مبادراتهم لتحسين الخدمات المقدمة للمرضى ، والعمل على تقليل تكاليفها دون إخلال بمستوى جودتها ، وإعادة استثمار أو توظيف المدخرات المحققة ، في أعمال ذات صلة بالارتقاء بمستويات الجودة ، وتقدير ومكافأة الموظفين المبدعين والتميزين في أعمالهم .

- الاتصال بالمرضى وموظفي الوحدة الصحية .

تنوى الوحدة الصحية تعزيز وتطوير طرق أخرى للاتصال بالأفراد التي تعمل على خدمتهم ، أى المرضى ، والمهتمين من أعضاء هيئات الرعاية الطبية المساعدة ، والممارسين العاميين . إضافة إلى تحديد درجة رضائهم عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبلها ، وذلك بالتوافق مع ميثاق (دستور) حقوق المريض الذى تم رسم خطوطه العريضة مؤخراً (فى شهر تموز/يوليو ١٩٩١) فى مجلس النواب "البرلمان" (١٩٩١م ، HMSO, July) . كما ستأخذ الوحدة بعين الاعتبار ، أيضاً مقابلة ما أمكن من احتياجات العملاء الداخليين للوحدة الصحية ، أى مجموعة الموظفين السريريين والموظفين الإداريين العاملين فى الوحدة الصحية .

- منح صلاحيات مناسبة للموظفين :

إن متابعة إعلام الموظفين بشكل جيد عما سبق الإشارة إليه فى الفقرة السابقة ، يستلزم أن يشعر الموظفون بأن لديهم صلاحيات مناسبة تمكنهم من ممارسة مسؤولياتهم كاملة لحل المشكلات التي يواجهونها ، واتخاذ الإجراءات العملية ذات الصلة بتحسينات الخدمة . ومن أهم المقومات والدعائم الرئيسية التي سيتم تعزيزها وتطويرها ضمن سياق إستراتيجية الجودة لهذه الوحدة لجهة منح الموظفين الصلاحيات المناسبة بهدف ممارسة مسؤولياتهم والارتقاء بها ما يلي :

- التركيز على الموظفين عند اتخاذ القرارات ، وذلك بالاعتماد على خبراتهم الخاصة وأفكارهم .

- مساندة الإدارة العليا لمنح الموظفين الصلاحيات المناسبة التي تمكنهم من أداء مسؤولياتهم بكل كفاءة واقتدار .

- دعم عمل فريق (أو فرق) تحسين الجودة المشكل أو المؤلف من الأعضاء ذوي التخصصات المتعددة .

- السعى نحو تنمية قدرات ومهارات الموظفين الذين هم على رأس العمل عن طريق تدريبهم الصحيح وتوفير الإمكانيات المناسبة لذلك ، إضافة إلى دعم برامج للأبحاث والتطوير بهدف الوصول إلى أنسب الوسائل للارتقاء بجودة الخدمات المقدمة (بما فيها برامج رعاية العميل / المريض) ، وبما يكفل أيضاً تحقيق فوائد للموظفين من خلال رفع معنوياتهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم .

وتأسيساً على ما تقدم ذكره في العناصر الرئيسية لإستراتيجية الجودة ، وفي ضوء القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة الموضحة في الشكل رقم (٢-٦) ؛ سوف تزيد قدرة الوحدة على إدراك ومتابعة ودعم الجودة العالية للخدمات المقدمة ، وسوف تصبح قادرة على تقدير قدراتها التسويقية بشكل أفضل ، وتمكينها بالتالي من جذب عائد ، أو دخل إضافي من المشتريين القريبين لخدماتها. إن إدراك هذه الإمكانيات سوف يسهل إلى حد كبير قيام الوحدة الصحية بأعمال التطورات المرغوب إدخالها على الخدمات السريرية .

٤- المسؤوليات الممنوحة بالطاقتم الإدارى لتطبيق إستراتيجية الجودة :

يعتمد نجاح دفع أسلوب " الجودة الشاملة للخدمات " إلى الأمام ، على إشراك جميع موظفى الوحدة الصحية ودعمهم ؛ لتطبيق إستراتيجية الجودة فيها على الوجه المطلوب . وسوف تتولى إدارتها العامة ، وفريقها الإدارى مسؤولية قيادة وتوجيه فعاليات تطبيق هذه الإستراتيجية ، إضافة إلى تقديم الدعم اللازم لجميع المتخصصين السريريين والمديرين لتحديد نشاطات الجودة الحالية والمستقبلية للخدمات المرتبطتين بها .

هـ - برنامج قصير الأجل لتطبيق إستراتيجية الجودة (١٩٩٢ - ١٩٩٣ م) :

تم تحديد الخطوط العريضة لتطبيق إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة على النحو الآتى :

تاريخ التنفيذ أو البدء	فعاليات البرنامج
فبراير/شباط ١٩٩٢م	١- تشكيل المجموعة التوجيهية لإدارة الجودة الشاملة للوحدة الصحية ، والمؤلفة من المديرين الأول أو كبار المديرين والمتخصصين السرييين ؛ وذلك للنظر فى عملية (أى فعاليات وإجراءات) إدارة الجودة الشاملة فى الوحدة ، ومتابعة ومراقبة نتائج الأعمال والخدمات المقدمة فيها .
إبريل / نيسان ١٩٩٢م	٢- فى هذه المرحلة ، يبلغ عدد من تم تدريبهم من المديرين على مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومبادئها (١٠١) مدير .
سبتمبر /أيلول ١٩٩٢م	٣- فى هذه الفترة ، يكون كل مدير قد حدد أو سعى الفرد الذى سيشترك من قسمه فى فرق تحسين الجودة ، والذى سوف يوجه للمشاركة فى دورة أو برنامج تدريبى حول " بناء الفريق " .
يسمبر / كانون الأول ١٩٩٢م	٤- فى هذه المدة ، يقوم كل فريق من فرق تحسين الجودة بتقديم مجموعته الأولى من الأهداف المباشرة إلى المجموعة التوجيهية لإدارة الجودة الشاملة ؛ للموافقة عليها ، وتضمينها عند ملاستها فى عملية تخطيط العمل .
إبريل / نيسان - سبتمبر / أيلول ١٩٩٣م	٥- تقوم المجموعة التوجيهية لإدارة الجودة الشاملة فى هذه الفترة بمقابلة تقدم فرق تحسين الجودة ، وتقديم الإرشاد والدعم الملائمين لأعمال هذه الفرق عندما يكون ذلك ضرورياً ؛ بهدف تمكينهم من مقابلة الأهداف المباشرة المرسومة فى خطة العمل .
سبتمبر /أيلول ١٩٩٣م	٦- مراجعة المرحلة الأولى لعملية إدارة الجودة الشاملة فى الوحدة الصحية ، وبداية المرحلة الثانية من عملية وضع الأهداف المباشرة لإستراتيجية تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

٦- الفوائد المحققة من أسلوب إدارة الجودة الشاملة :

جدير بالذكر ، أن الإدراك التام لفوائد هذا الأسلوب ، بالنسبة للوحدة الصحية ، وموظفيها من المتخصصين السريريين وغير السريريين ، يجب أن يربط بوضوح مختلف العناصر التي تمت مناقشتها آنفاً ، مع نشاطات العمل الخاصة بالموظفين .

وضمن هذا السياق ثمة حماس والتزام معتبران من قبل جميع العاملين في الوحدة ، للاستمرار في تقديم خدمات عالية الجودة ، والسعى نحو تحسينها بصفة مستمرة .

وسوف تخدم إستراتيجية الجودة التي أشرنا إلى عناصرها وخطة تطبيقها ، بمجرد تعميمها على موظفي الوحدة ، كأساس أو منطلق لنشاطات الجودة فيها في السنة المقبلة (انظر الشكل رقم ٢-٧) .

مصدر حالة وحدة " غرب غلامورغان " الصحية :

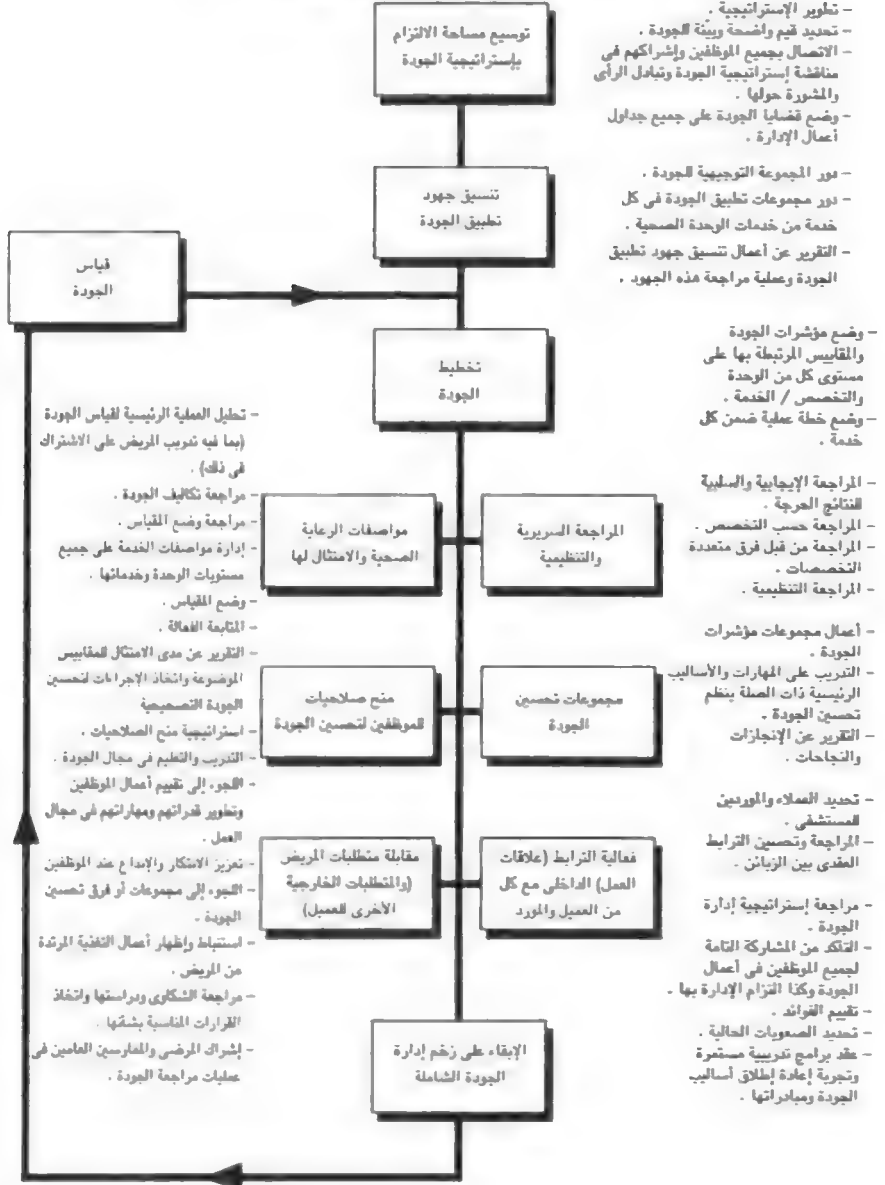
- *Mr. H P J Butcher* ، مدير عام وحدة " غرب غلامورغان " الصحية

- الفريق الإداري للوحدة .

- *Dr. Hugh Koch* ، مستشار إداري في إدارة الجودة

- مايو / أيار ١٩٩٢ م .

الشكل رقم (٢-٧) : تطبيق الجودة الشاملة



من المسؤول عن تطوير الإستراتيجية ؟

إذا كانت الوحدة المعنية بتقديم الخدمة الصحية قد ألزمت موظفيها بالامتثال لعملية الجودة ؛ عندئذٍ ينبغي على مجلس إدارتها العليا الالتزام بهذه العملية بشكل أكثر أو أشد صرامة من الموظفين أنفسهم . فحسب كتابات ديمينج (Deming) تُصنَع الجودة في غرفة مجلس الإدارة . من هنا ، ينبغي أن يقوم أحد أعضاء مجلس الإدارة ، أو أحد الأعضاء التنفيذيين الأول (Senior Executives) بشرح المقصود من عملية الجودة في الوحدة الصحية ، وبخاصة لغرض النهوض بفعاليتها وكفاءتها التنظيمية ، والارتقاء بقدرات ومهارات جميع الموظفين العاملين بها ، وذلك على ضوء إستراتيجية الجودة المرسومة لها .

من ناحية أخرى ، تُعدّ إدارة الوحدة الصحية الجهة المسؤولة عن نجاح أو فشل إستراتيجية الجودة فيها ، لجملة من الأسباب ، من أهمها : أن مسؤولية الاتصالات ، والقيادة ، ووضع عملية الجودة في موضعها الصحيح ، من خلال إستراتيجية الجودة الموضوعية للوحدة - تقع على عاتقها أو مسؤوليتها في الدرجة الأولى . كما أنها هي التي تكون مسؤولة في النهاية عن النتائج النهائية لأعمال الجودة في الوحدة الصحية . وكما هو الحال في العديد من الصناعات والخدمات في القطاعين العام والأهلي ، ينبغي أن يُظهر أو يوضح مجلس إدارة وحدة تقديم خدمات الرعاية الصحية طريقة سعيه أو الأسلوب الذي سيتبعه نحو التميز . انظر الشكل رقم (٢-٨) .

ولضمان مشاركة كل من أعضاء مجلس إدارة الوحدة الصحية ، وإدارتها التنفيذية ، وموظفي صفها الأول ، في تطوير إستراتيجية الجودة للوحدة الصحية ؛ يمكن عقد حلقة أو ورشة عمل لمدة يوم أو يومين ؛ حيث ثبت نجاح تطبيق حلقات العمل في العديد من الوحدات الصحية ، كما حققت في الوقت نفسه نجاحات معتبرة . ويمكن تلخيص أهداف حلقة العمل فيما يلي :

- ١- العمل على تطوير نموذج إدارة الجودة الخاص بالوحدة الصحية .
- ٢- إجراء عملية دمج بين أسلوب إدارة الجودة المقترح للوحدة الصحية ، ومبادرات الجودة الرئيسية الأخرى المطروحة للوحدة .

٣- العمل على ربط إستراتيجية الجودة المقترحة بالمشكلات الحالية التي تواجه قضايا الجودة فى الوحدة الصحية .

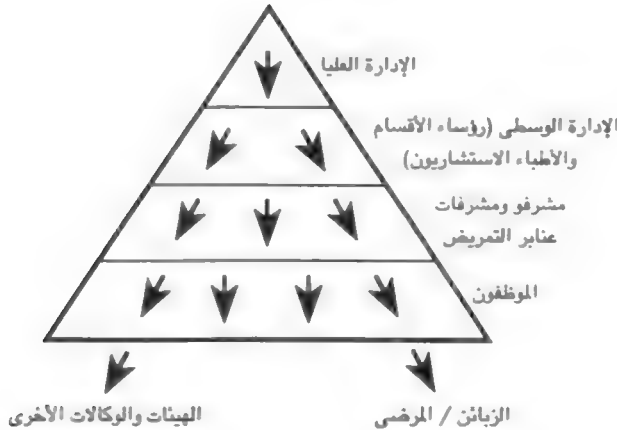
٤- السعى نحو إحداث شعور عند الموظفين بأهمية مشاركتهم فى وضع وتطوير مسودة إستراتيجية الجودة للوحدة الصحية .

٥- الانتهاء من وضع مسودة إستراتيجية الجودة ، تمهيداً لمناقشتها بشكل مستفيض من قبل جميع الموظفين ، وتبادل المشورة حولها خلال أسبوعين .

ولتسهيل عقد حلقة العمل هذه ، يمكن الاستعانة بجهة خارجية ، لديها الخبرة فى مجالات : إدارة الجودة ، وإدارة الرعاية الصحية ، والعمل السريرى (الإكلينيكى) .

وفى ضوء ما تقدم ، يمكن اللجوء إلى أسلوب الشلال (Cascade Approach) لإنهاء المسودة الأولى لإستراتيجية الجودة الخاصة بالوحدة الصحية ، ضمن المدة المحددة لها . وتجدر الإشارة إلى أن هذا الأسلوب يضمن مشاركة جميع موظفى الوحدة فى تطوير هذه الإستراتيجية . انظر الشكل رقم (٢-٨) .

الشكل رقم (٢-٨) : تبدأ " إدارة الجودة الشاملة " من أعلى التنظيم



على صعيد آخر ، تعد مشاركة جميع مجموعات العمل المكلفة بأعمال الجودة فى وحدة تقديم خدمات الرعاية الصحية أساسية لتدارك أى جانب من جوانب الجودة الشاملة . وعلى الرغم من ذلك ، هناك مجموعة من الموظفين ، المتمثلة فى أعضاء الهيئة الطبية ، تحتاج إلى ذكر خاص بسبب وضعها المميز ضمن القطاع العام للرعاية الصحية ، وذلك على خلاف الوضع فى العديد من الصناعات ، التى يدار موظفوها من الخبراء التقنيين بكل وضوح ضمن تدرجها الإدارى أو سلطتها التنفيذية . أما الأطباء الاستشاريون الذين يقعون ضمن تسلسل الهرم الإدارى فى القطاع العام للرعاية الصحية ، فتتصف علاقاتهم الإدارية مع كل من مجلس إدارة الوحدة الصحية ومديرها التنفيذى بارتباط يختلف عن الإطار التقليدى لتسلسل الصلاحيات والمسؤوليات المتعارف عليها ؛ وذلك بسبب نفوذهم (أو السلطة غير الرسمية) الذى يكونونه ، مع مرور الوقت ، ضمن التنظيم الإدارى للوحدة ، فى علاقاتهم مع الآخرين ، وبخاصة فى قدراتهم الفائقة فى التأثير الإيجابى على الأشخاص الآخرين فى الوحدة من واقع معرفتهم بالجوانب الفنية الدقيقة للعمل الفنى .

إلا أنه على الرغم من ذلك ، لا يزال الأطباء الاستشاريون مقيدون " بنموذج المحاسبة والمسؤولية أمام الغير " ؛ وذلك بسبب العلاقة التعاقدية التى تربطهم بالإدارة العامة لنظام الخدمة الصحية الوطنية التى تشرف على مدى التزامهم بأخلاقيات وأداب المهن الطبية التى يزاولونها .

ويمكننا القول ، فى ضوء العرض السابق ، إنه عند تطوير " إستراتيجية الجودة " ، ينبغى أن يتم التعامل مع إسهامات الأطباء الاستشاريين ، الذين يتم إشراكهم فى تطوير هذه الإستراتيجية ربما بطريقة مختلفة أو غير نمطية ، مقارنة بنظرائهم الموظفين الآخرين فى الوحدة الصحية ، بحيث يؤخذ فى الحسبان الخصوصيات الآتية التى يتصف بها هؤلاء الأطباء :

- دورهم المهم فى قيادة الأنشطة السريرية .
- تدريبهم وخبرتهم اللاحقة فى تقديم الرعاية الصحية .
- اهتمامهم الخاص وخبرتهم فى أعمال المراجعة الطبية (أى مراجعة إجراءات التشخيص والتدبير العلاجية) .
- أهميتهم كصانعى أو مكونى رأى الرئيسى فى الخدمة .

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النمط من التعامل مع الأطباء الاستشاريين عند إشراكهم فى تطوير إستراتيجية الجودة ، يأخذ عادة شكل الاجتماع الطبى ، بحيث يتم فيه عرض ومناقشة أدبيات إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها المحلية ذات الصلة بنشاطات الوحدة الصحية . وفى هذا المجال ، يمكننا الاستشهاد بالنموذج التالى من إحدى الوحدات الصحية المطبقة " لإدارة الجودة الشاملة " حول مغزى ومحتوى مناقشات الأطباء ، الذى يأخذ النمط المتمثل فى حضور ثمانية أطباء استشاريين (يكونون فى العادة بمنزلة منسقى الرعاية السريرية فى الوحدة الصحية) لمنتدى أو حلقة دراسية أو ندوة مع وجود مستشار فى إدارة الجودة الشاملة يتم توظيفه لتطوير إستراتيجية إدارة الجودة فيها .

ومن المسائل الرئيسية التى أثارها الأطباء الاستشاريون فى ذلك المنتدى :

- أن تكون الجودة إحدى الوسائل الجديدة التى ينبغى ربطها بنشاطات الرعاية الطبية المقدمة .

- وجوب عدم التدخل أو الاشتراك فى الأعمال ذات الصلة بالنشاطات الإدارية .

- عدم تكريس أى وقت من أوقاتهم للمشاركة فى أعمال المراجعة ، غير تلك المتعلقة بإدارة الجودة .

- ضرورة ألا يتم تنظيم الرعاية الصحية من قبل متخصصين غير سريريين .

- وجوب التزامنا بقيم الجودة ، وإظهار التزامنا بها من خلال ممارستنا اليومية لها .

- ضرورة أن تلتزم إدارة الوحدة الصحية بمنهج إدارى سليم - مثل أسلوب إدارة الجودة الشاملة - غير المنهج التجريبى الذى تتعلم فيه الإدارة من أخطائها .

بقى أن نشير إلى دور وكالة الشراء الرئيسية (مثل شركات الضمان الصحى) لأغلب وحدات مقدمى الخدمات - أى سلطة المنطقة القديمة - فى مساهمتها فى تطوير إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة للوحدة الصحية ، والتى يمكن أن تكون مساهمتها فى ذلك على النحو التالى :

- أن تستجيب الإستراتيجية المزمع تطويرها لتوقعات واضحة متقلصة من خلال تحديدها لمواصفات الجودة .
- أن تستجيب الإستراتيجية المزمع تطويرها ، أيضاً ، لتوقعات وحدات مقدمى الخدمة ؛ وذلك بهدف تطوير نظام ذى سمعة جيدة لإدارة الجودة .
- أن يكون من أولويات التمويل المتحصل عليه ، ضخ جزء رئيسى منه ؛ لتطوير أعمال " إدارة الجودة الشاملة " بالوحدة الصحية .

التغلب على الصعوبات المحتملة :

تشير الخبرة من مواقع نموذجية عدة لإدارة الجودة الشاملة فى المملكة المتحدة ، وفى كثير من الخدمات المقدمة فى المستشفيات ، وخدمات المجتمع المطبقة لأساليب ضمان الجودة أو التثبث منها ، إلى صعوبات متعددة لإدخال أسلوب إدارة الجودة الشاملة فيها ، غير أن جميع هذه الصعوبات يمكن مواجهتها بالمهارة والمثابرة .

ومن الصعوبات التى تواجه تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ما يلى :

- عدم التزام الإدارة العليا بأسلوب إدارة الجودة الشاملة وقصور رؤيتها حول الإحاطة به :

إن الصعوبة هنا ، أن تضمن أن هناك فهماً واضحاً حول جودة الرعاية والخدمة الموجودتين أصلاً ، وبيان كيفية تطبيق إدارة الجودة فى المستقبل . فإذا كانت هناك إستراتيجية واضحة ، عندئذٍ ، تكون القضية التالية هى ضمان التزام المديرين الأول (Senior Managers) بالمفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة .

- الصفة الغالبة للمواقف تجاه مبادرات الجودة :

فى إحدى الندوات التى عقدت مؤخراً سألنى أحد الجراحين : هل هذه هى المبادرة رقم (٩٩١) ؟ وهو سؤال يمكن فهم مغزاه ، فهو يعنى الرغبة فى عدم الإحباط أو خيبة الأمل للمبادرات الجيدة ذات النوايا الطيبة التى لم تجد مؤازرة أو دعماً . ولكن يجب توحيد كل من حماس المؤيدين مع سخرية وتهكم التقليديين ، وأن يشتركوا معاً فى إيجاد الوسيلة الصحيحة التى يؤيدونها جميعاً .

- ثقافة المستشفى أو خدمات المجتمع وأسلوب الإدارة :

تجدر الإشارة إلى أن كل خدمة قد طورت ثقافتها وأسلوبها الخاصين بها للارتقاء بمستويات الجودة فيها . وبالنسبة لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فإنه يلتقى بشكل جيد مع نمط إدارة الشركات التى تتصف بالاتصال الكفاء والفعال ، والأداء الأخلاقى الراقى للموظفين فيها المرتبط بالحوافز . وعلى الرغم من أن العديد من مقدمى الخدمات الصحية لا يبدون هذا النمط والأسلوب الثقافى فى وحداتهم الصحية ، إلا أنهم فى حال استعدادهم لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة سوف يتبنون مفاهيم أسلوب إدارة الجودة الشاملة على مستوى فكرى فقط ، أو سوف يطبقونه بتراخ أو بشكل غير فعال .

- ضعف الإدراك لمفاهيم الجودة الشاملة ومبادئها وممارساتها :

إن استحداث إدارة الجودة الشاملة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، فى المملكة المتحدة ، قد استوجب دعوة مديرى وممارسى المهن الطبية إلى الإسراع فى تعلم الأفكار والممارسات المرتبطة بهذا النمط الإدارى . وفى خلال السنتين الماضيتين ، ربما بسبب العوائق المتصلة بالثقافة السائدة فى هذه المنشآت أو للنمط الإدارى السائد فيها ، كما تم تعريفهما ، فإن بعض الوحدات المقدمة للخدمة الصحية قد استطاعت أن تتعرف على نوعية المعلومات والمهارات المطلوبة بسرعة ، فى حين ظلت وحدات أخرى تواصل تطبيق برامج هامة لضمان الجودة لا تتوافق مع متطلبات إدارة الجودة الشاملة . وبهذا فإنها غير قادرة على توقع تحقيق الفوائد المثلى فى تطوير الجودة .

- عدم وجود تنظيم لأنشطة إدارة الجودة الشاملة :

نظراً لضخامة وجدوى مربود تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى منشآت الرعاية الصحية ، فإن هناك حاجة إلى إيجاد إطار تنظيمى فعال ، يتولى أمر التخطيط لها وتنفيذها . إن الوحدات الإدارية المتمثلة فى : المجموعة القيادية الموجهة ، ومجموعات العمل المتصلة بالوحدات المختصة بإدارة الجودة الشاملة (مثل : غرفة العمليات ،

والعيادات الخارجية ، والمراكز الصحية) ، والمجموعات المختصة بتطوير الجودة أو الشبيهة بدوائر أو حلقات الجودة ، يتطلب أداء كل منها وجود إطار تنظيمي قادر على إيجاد روابط بين مخرجات هذه الوحدات . ولكن مما يؤسف له ، أن مثل هذا الإطار يصعب إنشاؤه أو إيجاده في العديد من الوحدات ، لاسيما في حالة وجود العائق الذي تتعرض له تالياً .

- عدم مشاركة الجهاز الطبي في الإدارة :

يرى " داش " (انظر ١٩٩٢م, *Dash*) في هذا المجال أنه قبل محاولة إيجاد الوسائل اللازمة التي تضمن مشاركة الأطباء في مسألة الجودة ، فقد يكون ضرورياً بحث مسببات إبعادهم لأنفسهم من إدارة الخدمات الصحية طيلة هذا الوقت الطويل . وقد يكون من هذه الأسباب إحساسهم بالطريقة غير اللائقة التي يعاملون بها من قبل نظام الخدمة الصحية الوطنية ، والتي تتمثل أبرز مؤشراتها في : العدد الكبير لساعات نوام صغار الأطباء ، والقصور في تدريبهم الإداري .

- مديرون أم إداريون ؟

مع التطور الكبير والسريع في قضايا الإدارة العمومية في الخدمات الصحية منذ عام ١٩٨٣م ، ومع إيجاد وظائف لمديرين عامين تم استقطابهم من نوى الخلفيات في مهن التمريض والمهن الإدارية ، فإن عدداً صغيراً من المديرين العاميين الحاليين قد أفلحوا من مشروع (GMTS) الذي استحدثه نظام الخدمة الصحية الوطنية . كما أن تأهيل بعض العاملين عن طريق الحصول على شهادة ماجستير إدارة الأعمال (MBA) لغير المتفرغين) قد نتج عنه الحفاظ على بعض سمات الإدارة التي منها :

١- أسلوب إداري للإدارة يركز بشدة على الإدارة المالية .

٢- التركيز على إدارة الأزمات ، لا على أسلوب منع أو درء المشاكل .

وحتى تكون إدارة الجودة فعالة ، ينبغي على الإدارة العليا - وبخاصة مديريها الأول - أن يظهروا قدرات قيادية متميزة لتطوير المهارات في الإدارة العامة ، تتضمن رؤية لتحسين جودة المنشأة ، وانحيازاً لإنجاز أفضل للعمل (*Bias For Action*) .

يضاف إلى ما سبق ، أنه بدلاً من النظر إلى معوقات العمل على أنها نتائج سلبية لأخطاء قد وقعت في إحدى مراحل العمل ، يجب التعامل مع هذه المعوقات بوعي ، والعمل على الإفادة منها ، على النحو الذي يفعله المعالج النفسي مع مريضه حيث يتعلم من نواقصه ، ويمكن تكرار الإيضاح للوحدات التنظيمية ، أنها يمكن أن تتعلم من عوائق عملها ، بما يساعدها على النضج في اتجاه الجودة الشاملة .

أين ثقافتك الآن ؟

يعد تطوير برنامج للجودة الشاملة وإدارته أمر معقد . ومن هذا المنطلق ، ينبغي الوقوف على الوضع الراهن لنوع الثقافة السائدة في الوحدة الإدارية ، ومتابعة تقدمها باتجاه ثقافة الجودة الشاملة . وكما هو معلوم ، فإن أغلب كتب الإدارة تسعى لإيجاد أطر أو استبانات لمساعدة القارئ على قياس الثقافة التنظيمية السائدة . إلا أن الأطر التي توفرها هذه الكتب والمراجع تغدو فضفاضة وغير محددة ، بسبب سعيها إلى عمل تغطية عريضة وواسعة لتطبيقات قد لا تنطبق على واقع الإدارة النوعية للخدمات الصحية . وبناء على ذلك ، فإن استخدام وتطبيق هذه الأطر في نظام الخدمة الصحية الوطنية ، قد لا يلقي من العاملين فيه ، إلا إقبالاً ضئيلاً ؛ حيث إنها لا تأخذ في الاعتبار السمات المتعلقة بالعناية الخاصة بالمريض ، وخصوصياته الفردية ، إضافة إلى الجوانب الجوهرية المتصلة بالخدمات المقدمة له من قبل نظام الخدمة الصحية الوطنية . لكن مع ذلك ، يمكن للقارئ أن يرجع في هذا المجال إلى بعض الكتب الرئيسية المشار إليها في مرجع " هاندي " (Handy ، ١٩٨٨) .

هذا ، ولتطوير مؤشر مرن للثقافة التنظيمية (أو الإدارية) ، بحيث يكون خاصاً بنظام الخدمة الصحية الوطنية ، يمكن الاسترشاد بمقالة " أتكينسون " (١٩٩٠م Atkinson،) التي وفرت قائمتين مفيدتين - رغم أنهما غير مستمدتين من بيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية - تتضمنان المؤشرات الخاصة بثقافة المنشأة ، وصنوف الثقافة الرائدة .

مؤشرات ثقافة المنشأة :

بإجراء عصف لأفكار مجموعة من المديرين حول العوامل التي يرون أنها مهمة في تحديد الثقافة السائدة في شركاتهم أوضحت النتائج ما يلي :

- الروح السائدة ، أو الطريقة التي تم عبرها تأسيس المنشأة .
- روح عمل الفريق .
- دفء العلاقات وروح الصداقة / الزمالة .
- رسالة المنشأة وطريقة عرضها .
- الأسلوب الإداري ، بمعنى (ماذا فعل الناس) وليس (ما قالوا) .
- طريقة التخاطب معنا : النبرة وأسلوب الاتصال .
- الاستماع إلينا : هل هناك إثبات ؟
- السلوك تجاه العاملين كما توضحه لوحات الملاحظة .
- التداخل : هل يعمل الناس على الاستفادة من آراء الآخرين ؟
- جو العمل : هل مكان العمل مشرف للبقاء فيه ؟
- الاستجابات الهاتفية .
- عدم حفظ الوعود ، وخصوصاً بين الإدارات .
- الأحداث والملابس : هل يجتمع العاملون في لقاءات تعارف ولقاءات اجتماعية ؟
- معايير الاختيار / التقييم : هل كانت التجربة ممتعة ؟
- نوعية الاتصالات .
- الإشاعات السلبية والفشل في التعامل معها .
- الاستقبال : مداخل ومخارج العاملين والسلع .
- التصورات حول الوحدات الإدارية : ماذا يقول عنها قادة الرأي ؟
- طريقة الرد على المكالمات : هل هناك اهتمام بالمساعدة ؟

- النظافة والترتيب فى كل مكان .
- مستوى الضوضاء فى غير أماكن التصنيع .
- المشاركة - هل يشارك العاملون ؟
- الانتماء - هل يشعر العاملون كأنهم فى دارهم ؟
- التحفيز - عملية التحفيز - هل كانت تتبع طريقة الجزرة والعصا ؟
- القيم المشتركة للمنشأة - هل كانت معروفة للكل وظاهرة ؟

الآداء التنظيمى والثقافات الراسخة :

فى دراسة حول الآداء فى (٨٠) شركة ، كشفت دراسة ديل وكيندى *Deal and Kennedy* عن أن الشركات الناجحة - هى التى تتميز بتوافر ثقافة راسخة بها . وقد وصفت الثقافة الراسخة بأنها تتميز بالتالى :

- فلسفة إدارية متفق عليها من غالبية الأعضاء العاملين بها .
- تركيز على أهمية العنصر البشرى فى تحقيق نجاح المنشأة .
- تشجيع مناسبات الشعائر الدينية ومناسبات احتفالات الشركة عند نجاحها .
- تسمى الأفراد المتميزين بأعمالهم وتشيد بجهودهم فى نجاح المنشأة .
- تعمل على إيجاد شبكة لإيصال وتعميم ثقافتها .
- لها قواعد سلوكية غير رسمية .
- لها قيم راسخة .
- تعمل على وضع مستويات أداء وإنجاز مرتفعة .
- تمتلك منشأتها رسالة محددة ومميزة .

إن غالبية المؤشرات المشار إليها أعلاه ، يمكن اعتبارها مفيدة ، وذات صلة وثيقة عند تطبيقها على نظام الخدمة الصحية الوطنية . وقد تم أخذها فى الاعتبار عند

السعى إلى تطبيقها فى هذا النظام ، بجانب المصفوفة التى قامت شركة " شل الهولندية - دى كيفيت وفنلو - باتس ، *De Kievit and Finlow-Bates, 1992* " بتطويرها ، حيث تم تحديد أحد عشر موضوعاً فيها للتشخيص الثقافى للشركة . وقد تمت ترجمة هذه المواضيع لتتلاءم وواقع البيئة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وذلك على النحو التالى :

١- الالتزام بها من قبل المدير التنفيذى ومسؤولى الوحدات (فى الجانبين الطبى والإكلينيكى والإدارى) .

٢- تنظيم أعمال الجودة وربطها بالبناء التنظيمى لنظام الخدمة الصحية الوطنية .

٣- التدريب على الجودة .

٤- وضع مؤشرات لتحسين الجودة .

٥- إيجاد مجموعات / عمل حلقات وظيفية لتحسين الجودة .

٦- وضع نظام مقاييس ومواصفات للجودة .

٧- عمل تقديرات لتوقعات واقعية للمستفيد من الخدمة (المريض) .

٨- عمل تقديرات لتوقعات واقعية للمستفيدين من الخدمة (المشتريين) .

٩- وضع أسس لرقابة عملية تقديم الخدمة .

١٠- وضع تقديرات لتكاليف الأداء المتدنئ / الجودة المتدنية .

إن المصفوفة التى يتضمنها الشكل رقم (٢-٩) قد تم تصميمها بحيث يتم عرض الأقسام العشرة أفقياً (من أ - ك) والمشار إليها أنفاً ، أما خطوات تحقيق الجودة الشاملة فيتم عرضها رأسياً أو عمودياً (من ١ - ١٠) . وعن طريق هذه المصفوفة تتأتى وسيلة مبسطة لتحديد موقف كل وحدة من تحقيق إدارة الجودة الشاملة كما هو مبين فى الشكل رقم (٢-٩) :

الشكل رقم (٢-٩) : مصفوفة شركة شل الهولندية للجودة

عناصر الجودة					مستوى الجودة
أ	ب	ت	ث	ج	ح
الالتزام من قبل أعلى مدير تنفيذي	تنظيم الجودة وهيكلتها	التدريب على الجودة	مؤشرات فرص تحسين الجودة	أداء عمل فرق تحسين الجودة	شهادات الأيزو ٩٠٠٠ الـ بي إس ٥٧٥٠ أو شهادات أخرى
١	تحسين الجودة جزء طبيعي من ثقافة المنشأة - برامج الأراء وزيارات أداء الزبائن الأخرى	كل العاملين جزء من العمل اليومي ومن ثقافة المنشأة	تم الحصول على القبول الفعلي لفلسفة التحسين المستمر	أسلوب البرنامج جزء طبيعي من ممارسات العمل اليومي	التحسين المستمر في ضوء ما تحقق من نظم الجودة المرافعة والمرافقة المنطقة للحدود
٢	يرسل معلومات تحسين الجودة للملاك والعاملين في منشأة	كل العاملين لديهم الرغبة بأشياء الجودة	التركيز على تحسين الجودة في عملية العمل / مقدم الخدمة	التجديد المستمر لمشروعات الجودة الجديدة	مصح الشهادات
٣	تطوير الجودة جزء أساسي في تحديد الأهداف وتقييم العاملين	توافر برامج التدريب الداخلي	ثقافة الجودة معروفة وتم إحسابها. تم إعداد كافة العمليات وأوصاف نظام الجودة	تخارج إيجابية مع أسلوب البرنامج	إكمال وتوثيق الجودة - تدريب العاملين
٤	تحسين الجودة من الموضوعات الضميمة في جدول أعمال الاجتماعات - والمدير يشترط وحاضر حول الجودة	فرق ضمان الجودة تعمل جيداً - اتصالات دائمة بشأن تحسين الجودة	مؤشرات الأداء تم إضفاءها ضمن نظام مستمر لرقابة وإدارة الأداء	نصف العاملين شاركوا بفعالية في مشروعات الجودة	إكمال أول مشروع - مراجعة وإبرازية الجودة - إكمال أول مشروع - تعليمات العمل
٥	يخبر على تحسين الجودة في المنشأة بحضور حوله ويشارك في التدريب	تم إكمال المرحلة الأولى من مجموعات عمل المشروع - وصحة التنفيذ - جهد مساند نشط	تمت مراجعة الجودة وبدأت برامج الرقابة	تعيين المشتد السابع الإيجابية لمشروعات الجودة	كتابة الإجراءات - كتابة أول تعليمات العمل
٦	يشارك في مشروع تحسين الجودة	التعديل الدوري الخطط مع مراقبة النور فيها	جميع العاملين في المنشأة على دراية بممارسات الجودة المحظرة	تم تحديد مؤشرات الأداء	كتابة أول الإجراءات - تبعا لآراء السائد - وديانة أول تدريب العاملين
٧	شارك في تقديم مجموعات الجودة ويوفر المستندات الضرورية لها	تم إعداد خطة التطوير وإشراك تمام معلومات الجودة وبرامج ضبط جودة لضمان الجودة - وتم تعيين المسؤولين	تدريب المسير وقادة المشروع - ومنهم العاملين الناشئة تلقى محاضرات حول الوعي بالجودة	بدأ عدد من مجموعات المشروع عمل	إعداد وكثافة دليل الجودة - إعداد خطة البرامج - وديانة نوعية العاملين بالبرنامج
٨	أهداف الجودة تم تحديدها ونشرها	لدى عدد ورش عمل لفرق تحسين الجودة - يتم العمل على برنامج العمل - التحسين للتحسين وقادة المشروع	وضع فريق تحسين الجودة - أهم الأعمال على برنامج العمل - الفصل بإجراء الجودة	يتم الرجوع حول التقدم في سير مشاريع الجودة أولا إلى فريق تحسين الجودة	تم التخطيط لأحداث - وأستعص العمل لعدد - لفرق السائد العمل - الآلة
٩	يرأس لجنة توجيه أعمال الجودة أو فريق تحسين الجودة	تم إكمال توجيه أعمال الجودة - وتم تعيين أول مستشار لفرق تحسين الجودة	تدريب استشاري الجودة تم إكمال الفريق جودس تدريب مدير الجودة	حدث فرق تحسين الجودة - قامت بتدريبها حسب الأهمية النسبية لكل منها	اختيار الفرق (المشاريع) واختار الفرق (بداية كتابة إجراءات العمل)
١٠	يعرف مبادئ وأساسيات الجودة ويضع أعمال الجودة شائعة لكنه لا يشارك شخصياً فيها	تم تعيين المشرف على أعمال الجودة لكن لم يتم تعيين مستشار الجودة	تم اختيار برنامج التدريب في مجال الجودة	تم تحديد النظم حسب معايير فرق تحسين الجودة - اختياراً	تكوين أول مشروعات الفرق
صفر	ليس لديه اهتمام بالجودة	لا يوجد هيكل الجودة إطلاقاً	التدريب على الجودة لم يبدأ بعد	ليس هناك تقدم	لا يوجد مشاريع لتحسين الجودة

(تابع) الشكل رقم (٢-٩) :

عناصر الجودة				مستوى الجودة	
خ	د	ذ	ر	ز	
مواصفات العملاء الواقعية	التدريب وأوامر وتعليمات العمل	مراقبة العمليات إحصائياً	جودة الإدارات	تكاليف الأداء المثبت ومنشآت الأداء	
١٠. المواصفات الواقعية تتم مراجعتها دورياً والاتفاق بشأنها مع العملاء داخل وخارج المنشأة	التدريب على كتابة وتكوين أوامر العمل	كافة العمليات تحت المراقبة باستخدام أساليب برنامج الحزمة الإحصائية	تم توقيع كافة عقود الجودة مع الموردين والموردين برنامجي كافة عملياتهم	تستخدم مؤشرات الجودة والأداء كفاءة إدارية مصرية	
٩. المراجعة والاتفاق الكامل (١٠٠٪) مع العملاء	تدريب كافة العاملين - شرب العاملين العدد كجزء من برنامج المنشأة الطبيعي للعاملين	كافة العمليات المهمة تحت المراقبة باستخدام أساليب برنامج الحزمة الإحصائية	مورد المنتجات الحيوية يرهون على استخدامهم لطرق المراقبة الإحصائية لضمان الجودة	المراجعة الشهرية لألوات وأساليب الجودة ومؤشرات الأداء	
٨. إنشاء برنامج تعليم مستمر للأداء وإيجاد الإجراءات الخاصة بها وساتمة تطبيقها	تدريب كافة العاملين	٩٠٪ من العمليات تحت المراقبة الإحصائية	٩٠٪ من السلع الواردة من الموردين الأساسيين مطابقة للمواصفات	عمل قياس شهري لتكلفة الجودة. والقياس المنظم لمؤشرات الأداء	
٧. الاتفاق من حيث المبدأ مع العملاء على المسؤوليات بشأن الإجراءات الأساسية	تدريب ٥٠٪ من إجمالي العاملين	٧٥٪ من العمليات خاضعة للمراقبة الإحصائية	٨٠٪ من السلع الواردة من الموردين الأساسيين مطابقة للمواصفات	عمل قياس منظم لتكلفة الجودة	
٦. الاتفاق من حيث المبدأ مع العملاء بشأن مواصفات كل الإجراءات	إحراز تقدم في تطوير برنامج تدريب العاملين	٥٠٪ من العمليات خاضعة للمراقبة الإحصائية - تجري الدراسات بشأن التقليل من العمليات	تم الاتفاق حول المواصفات مع أغلب الموردين الأساسيين	إعداد وتطوير هيكل لقياس تكلفة الجودة إكمال المراجعة الشاملة لمؤشرات الأداء	
٥. الاتفاق مع العملاء حول بعض الإجراءات الجديدة	إكمال أولى المحصر التدريسية	٧٥٪ من العمليات خاضعة للمراقبة الإحصائية	المواد والمكونات الأساسية تم تحديثها وتم إعداد مواصفاتها	نوازل المراجعة العامة لتكلفة الجودة	
٤. تحديد إجراءات تحسين الجودة وبدائية النقاش مع العملاء حولها	إعداد وإقرار برنامج التدريب	الإعلان عن أولى العمليات الخاصة للمراقبة الإحصائية	المواد والمكونات التي تم تسبب المشاكل الأنسب تم تحديثها من أجل إعداد مواصفاتها	البدء في إعداد القياس المنظم لبعض تكاليف الجودة إنشاء / إعداد أولى مؤشرات الأداء	
٣. بعض المشاكل الرئيسية حول عدم التطابق يتم تحديثها مع العملاء	شرح البرامج التدريبية للعاملين	برنامج الرقابة يتوسع ليشمل العديد من العمليات الأساسية	مستويات الجودة المطلوبة تمت مناقشتها مع الموردين الأساسيين	إعداد بعض تكاليف الجودة	
٢. تحديد المواضيع الرئيسية اللازمة لإعداد مواصفات العملاء	النقاش مع إدارة المنشأة حول التدريب	بدائية تجميع البيانات ومعرفة العدو الأولية للرقابة لعملية واحدة	إعداد تقرير شهري حول جودة الموردين	البحث عن مؤشرات الأداء (من خلال المعايير أو الأعراف الذاتية)	
١. تحديد المسؤوليات من أجل إعداد المواصفات الخاصة بالعملاء	برنامج حول توصيف وكيفية إعداد أوامر العمل المكتوبة	سحب موضوع دراسة الفدرات للعمليات	عدد برامج الجودة مع الموردين	البدء في النقاش حول تكاليف الجودة	
صفر	لا توجد برامج	لم يبدأ بعد	ليس هناك برنامج	لا نشاط حول الموضوع	

كسب التزام الموظفين (الجزء الثاني) :

بعد تطوير المسودة الأولى لإستراتيجية الجودة ، وتقييم الوضع الراهن لثقافة الجودة ، قد يكون من المفيد في هذه المرحلة السعى نحو توعية جميع الموظفين برسالة " الجودة الشاملة " وإعلامهم بها . ويرى " شيس " في هذا المجال ، أن المديرين يقللون في أغلب الأحيان من شأن قوة وأثر الاتصالات وفعاليتها في تطوير العمل ، ورفع مستويات التغيير الإيجابي المطلوب إحداثه (Chaes, 1991) . وبناء على ذلك ، يحتاج مقدمو الخدمة في الوحدة الصحية في مستشفى عملهم إلى تطوير برنامج اتصالات محدد وفعال لنشر رسالة إدارة الجودة ومبادئها ، وذلك باستخدام مزيج من وسائل الاتصال الفعالة والمتمثلة فيما يلي :

١- اجتماعات موسعة ومفتوحة يحضرها جميع العاملين في الوحدة .

٢- اجتماعات الإدارات والأقسام .

٣- نشرة الموظفين الشهرية .

ومما يدعم فعالية وسائل الاتصال أنفة الذكر ما توصل إليه " روى " (Roy, 1991) في دراسته عن وسائل الاتصال الفعالة ، حيث حلل كافة طرق الاتصال المستعملة في الشركات المرموقة - أي التي تحتل المراتب العليا بين قائمة الشركات - في الولايات المتحدة الأمريكية . ووجد أن الطرق الثلاث المشار إليها أعلاه ، هي أكثر الطرق المستخدمة والفعالة على نحو واسع في هذه الشركات التي اعتمد نهج الإدارة فيها على تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة خلال فترة ترجحت بين سنة وثلاث سنوات . وعلى ضوء دراسته عمل " روى " ملخصاً لقائمة تحتوى على عشر نقاط تم تكييفها هنا : ليتواءم استعمالها في نظام الخدمة الصحية الوطنية . وهذه القائمة توضحها اللوحة التالية :

قائمة النقاط العشر لتبادل الآراء والأفكار والمعلومات (الاتصال) حول الجودة :

هل تحنو حنو النقاط الواردة في هذه القائمة ؟

- ١- هل تقوم بتنقيح مرئياتك حول الجودة من خلال استماعك لمرئيات موظفيك ؟
- ٢- هل تصدر الرسائل حول إدارة الجودة الشاملة ، بشكل منتظم ، من قبل الإدارة العليا ؟
- ٣- هل هناك بيان أو تعبير أو رسالة واضحة وشاملة للجودة ، خاصة بالوحدة الصحية ؟
- ٤- هل طورت أو وضعت خطة مكتوبة للاتصالات بشأن الجودة ؟ (بمعنى البرامج التى سوف تتبع لتبادل الأفكار والمعلومات بشأن الجودة) .
- ٥- كيف تضمن أو تتأكد من استهداف عملية الاتصالات الجمهور وأفراد المستمعين مثل الأطباء والحمالين ؟
- ٦- كيف يمكن نقل الممارسة الجيدة ونجاح تحسين الجودة ؟
- ٧- كيف يمكن تعزيز تحسين الجودة أكثر من تحسين المنتج ؟
- ٨- هل تستعمل كل وسائل الاتصال الرئيسية ؟
- ٩- هل تقوم بتعقب وتحليل ونشر تقدم عملية التحسين فى الجودة ؟
- ١٠- هل تقوم ببلورة أو صقل مرئياتك عن الجودة كنتيجة لسماع مرئيات المرضى ؟

التخطيط للتنفيذ :

إن الصفة المميزة لأهداف الجودة القريبة المدى ، وخطط تطبيق إدارة الجودة الشاملة قد تم تحديدها فى كل من إستراتيجيات العينة ، وكتابات " كوش " (عام ١٩٩١م) .

ويبين الشكل رقم (٢-٧) برنامج تطبيق التخطيط للجودة بشكل أكثر شمولاً . وسوف تتم معالجة ومناقشة عناصر هذا البرنامج بالتفصيل فى الفصول اللاحقة . إلا أنه يجدر التنويه هنا إلى أن هذه المكونات يمكن ترجمتها فى جداول زمنية يتم فيها تعليم (أو الإشارة إلى) الفترة الزمنية المطلوبة لإنجاز كل مكون من مكونات برنامج تطبيق التخطيط لإدارة الجودة الشاملة . وقد تم فى هذا المجال إيراد المثالين التاليين على عناصر هذا البرنامج كما يتضح فى كل من الشكلين (٢-١٠) و (٢-١١) :

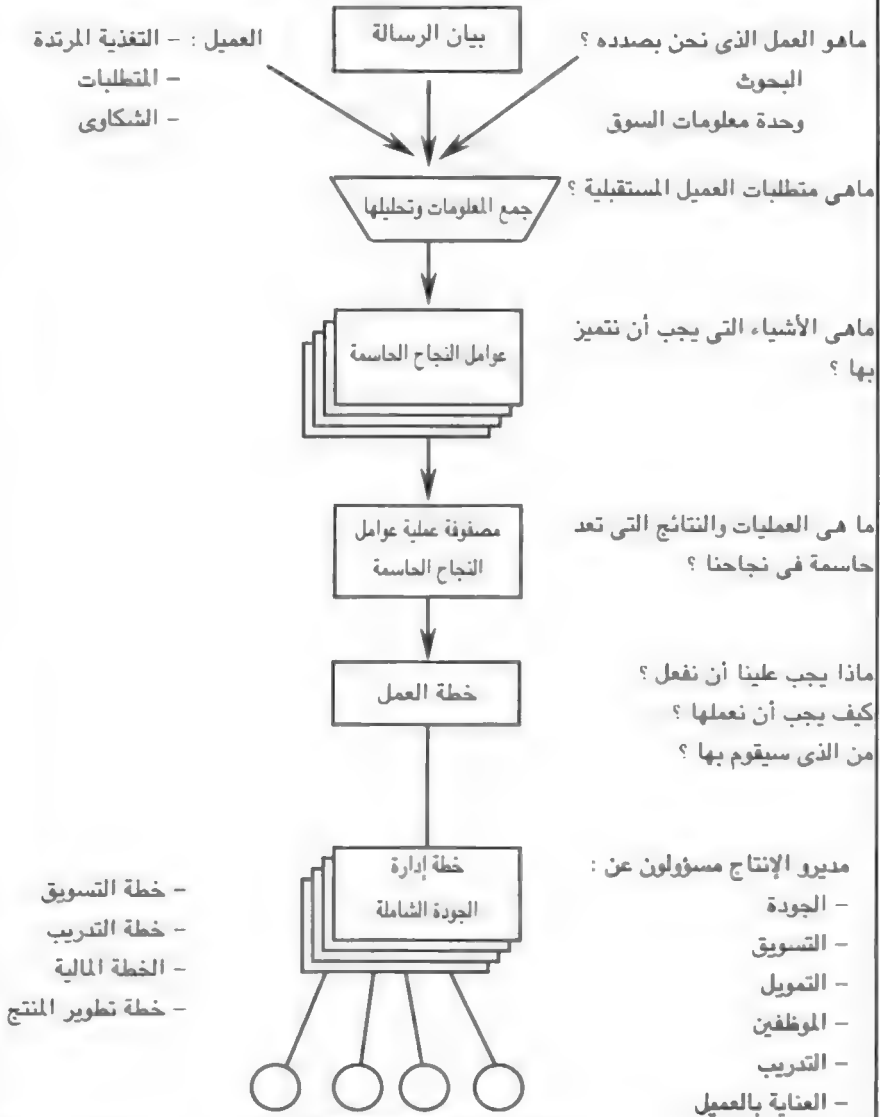
الشكل رقم (٢-١٠) : الفترات المطلوبة لإنجاز العملية الأولى لمكونات برنامج تطبيق إدارة الجودة الشاملة

الشهر									مكونات أو فعاليات البرنامج
٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	
								×	عقد حلقة عمل (أو حلقة دراسية) تمهيدية
									عمل استقصاءات أو أبحاث تشخيصية
						×			تعيين منسق لإدارة الجودة الشاملة
						×			إجراء حلقة دراسية عن التزام الموظفين بإدارة الجودة الشاملة
						×			تأليف المجموعة التوجيهية لأعمال إدارة الجودة الشاملة
									عمل حلقات دراسية للإدارة
						×			تعيين مرشدين (أو أشخاص لتسهيل) لأعمال إدارة الجودة الشاملة
									تدريب مرشدي أعمال إدارة الجودة الشاملة
									التدريب التأسيسي للموظفين على أعمال الجودة يبدأ من قمة التنظيم وانتهاء بقاعدة
									مشروعات التحسين

الشكل رقم (٢-١١) : الفترات المطلوبة لإنجاز العملية الثانية لمكونات برنامج تطبيق إدارة الجودة الشاملة

الشهر								مكونات أو فعاليات البرنامج	
أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس	أبريل	مايو		يونيو
×									تأليف المجموعة التوجيهية لأعمال إدارة الجودة الشاملة .
									عمل حلقات دراسية تمهيدية ذات صلة بإدارة الجودة الشاملة .
									مراجعة المبادرة الحالية للجودة .
									تكوين مجموعات التنسيق على مستوى الموظفين الأول (أو موظفي الصف الأول) .
									بناء أو إنشاء الإستراتيجية .
									تبادل الرأي والمشورة حول الإستراتيجية .
									الالتزام بإستراتيجية الجودة التي تمت مناقشتها في الحلقات الدراسية
									وضع أطر عملية لمواصفات الجودة الخاصة بالعملاء،
									(أ) المواصفات العامة للجودة .
									(ب) مواصفات الجودة التي نحتاج إلى متابعة مستمرة .
									تأليف مجموعات تحسين الجودة .
									تسمية أو تعيين مرشدي (أو أشخاص لتسهيل) أعمال إدارة الجودة الشاملة .
									عمل حلقات دراسية عن حسن تقديم الخدمة والعلاقة مع العملاء .
									مشروعات تحسين الجودة والارتقاء بمستوياتها .
									مراجعة المنافع أو المزايا المحققة .

الشكل رقم (٢-١٢) : إستراتيجية " أفون تى. إى. سى Avon TECs " لعملية التخطيط لإدارة الجودة الشاملة



تكامـل إدارة الجودة الشاملة مع تخطيط الأعمال :

إن السبب الرئيسى فى ضعف الالتزام بإدارة الجودة الشاملة ، هو عدم التأكد من الكيفية التى ستحقق بها إدارة الجودة الشاملة ، الأهداف الإستراتيجية للوحدة الصحية : إذ بدون تكاملية إدارة الجودة الشاملة ، مع المبادرات التخطيطية والتنفيذية الأخرى ، فإنها تبقى مجرد مبادرة أخرى من مبادرات الجودة . من هنا ، يجب أن تكون إدارة الجودة الشاملة ، جزءاً أصيلاً من عملية التخطيط الإستراتيجى للوحدة الصحية ، وذلك للحفاظ على قوة دفعها ، وتحقيق أهدافها .

وقد أورد " مارش - Marsh, 1991 " توضيحاً شاكياً لهذه العلاقة التكاملية ، وذلك ضمن دراسته لمجلس التدريب والمنشآت (Training & Enterprise Council) . ويمكن ترجمة ملخص هذه الدراسة بسهولة وتطبيقها فى مجال الرعاية الصحية (انظر الشكل رقم ٢-١٢) .

على صعيد آخر ، يعد نظام الخدمة الصحية الوطنية قد أكمل العامين تقريباً فى مجال اعتماده لتخطيط الأعمال المتعلق بإدارة الجودة الشاملة ، وكاد أن يدخل فى عامه الثالث ، وذلك على خلاف الوضع فى السنوات السابقة ، حيث كانت السبل المتاحة لتحديد ومعرفة مدى التزام الوحدة الصحية بالجودة ، تتمثل فى التحول لقسم إدارى محدد (غالباً القسم رقم ٥) المعروف باسم قسم الجودة ، أو ضمان الجودة ، عوضاً عن النظر إلى الجودة أو تحسينها كجزء متكامل من التوجه الحالى أو المستقبلى للوحدة الصحية .

فالوحدات الصحية ، كما يراها " مارش " ، سواء كانت ذات طابع اتحادى بين عدد من المنشآت ، أو قابلة للاتحاد مستقبلاً مع منشآت أخرى ، لديها الفرصة الآن من خلال الوعي المتزايد لأسس ومقومات وآليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة : كى تعمل على الدمج بين عملية التخطيط للأعمال ، وإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة . وتوضح محتويات خطة عمل الوحدة الصحية للعام (١٩٩٣/١٩٩٤م) المبينة فى الشكل رقم (٢-١٣) الخطوط العريضة لعناصر الموضوعات التى تم فيها الدمج بين عملية التخطيط للأعمال وإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة .

الشكل رقم (٢-١٣) : الخطوط العريضة لعناصر خطة عمل الوحدة الصحية

للعام ١٩٩٣/١٩٩٤م

القسم الأول : مقدمة ونظرة عامة .

القسم الثانى :

(أ) مراجعة الخدمات .

(ب) إدارة الممتلكات .

(ج) إستراتيجية الموارد البشرية .

(د) تحليل الوضع الراهن للسوق (التفذية المرتدة من المرضى ،

والمشتريين ، والأطباء الممارسين) .

(هـ) إستراتيجية الخدمات المستقبلية :

* موجز الخطة المستقبلية المقدمة من كل مدير من مديرى الوحدة .

* تحليل المخاطر والإستراتيجية المالية .

القسم الثالث : هيكل خطة أعمال الإدارة :

(أ) مراجعة الخدمات وتقييم احتياجاتها (الأنشطة ، والجودة) .

(ب) إدارة الخدمة - مراجعة ما يلى :

* الهيكل .

* القيادات الإدارية .

* إدارة المكان والمباني والأجهزة .

* الاتصالات وروح الفريق .

* استخدام المعلومات ومراجعة نظم المعلومات .

* إستراتيجية الموظفين / الموارد البشرية متضمنة التدريب ،

* الرقابة على الميزانية والتقليل من العجز والتكاليف .

(ج) تطوير الجودة :

* المؤشرات الرئيسية للجودة .

* تطوير المقاييس ومراقبة مدى الامتثال بها ، وتدوين محاضر العمل ومتابعة ما يرد بها من ملاحظات ومقترحات .

* الاستجابة للتغذية المرتدة (المرضى ، والممارسين العاميين ، والمشتريين) .

* أساليب ونتائج المراجعة .

* حل المشكلات المتعلقة بتحسين الجودة .

(د) ملخص إستراتيجية الخدمات المستقبلية .

القسم الرابع : الاستنتاجات .

هل يمكنك الحصول على الجائزة الأوروبية للجودة يوماً ما ؟

لقد بدأت المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة في عام ١٩٩٠م ، في تحديد المعايير والأوزان المعتمدة من قبلها للجودة كشروط مسبقة لمنح جائزة الجودة للشركات المهتمة بنواحي الجودة . ومن الجدير بالذكر ، أن خاتمة كتاب المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة المذكورة (الفصل العاشر) ، الصادر في عام ١٩٩١م ، تشير إلى ثمانية معايير رئيسية للجودة بتعريفاتها وأوزانها . وقد يكون من المفيد ، والمثير أيضاً ، أن يتم العمل على تحويل تلك المعايير الثمانية المرسومة للشركات ، بتعريفاتها وأوزانها ، بشكل يتوافق مع نموذج تحسين جودة الخدمات المقدمة في وحدات الرعاية الصحية . غير أنه يشترط أن يحوز ذلك التحويل على التزام الموظفين به ، وأن يتم العمل بمقتضاه عند تطوير إستراتيجية الجودة الخاصة بالوحدة الصحية .

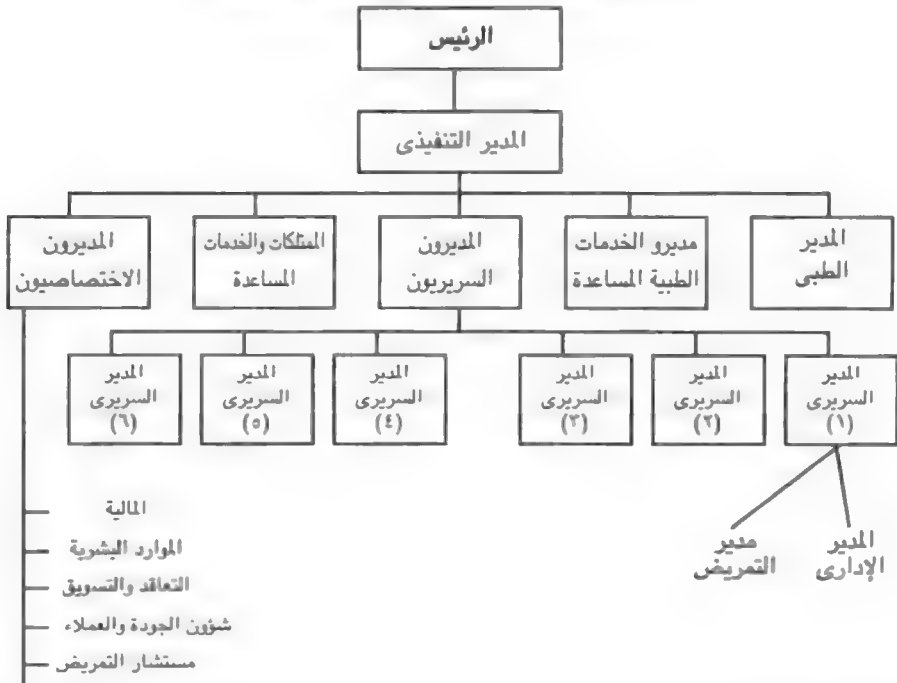
الفصل الثالث إدارة وتنظيم التحسين المستمر للجودة

الاستعمال الأمثل للهيكل الإداري :

١- ماهى الكيفية التى تدار بها الخدمة حالياً ؟

تتميز جميع وحدات تقديم الخدمة بوجود هيكل تنظيمى لتنفيذ نشاطاتها المرسومة لها ، وتحديد نطاق الارتباط التنظيمى لمختلف شعبها التنظيمية التى يتم بها أداء هذه النشاطات ، إضافة إلى بيان مسؤوليات الموظفين فى كل منها أمام المديرين أو الأطباء السريريين المرتبطين بهم . ونظراً لتباين نوعية الخدمات المقدمة بين وحدة وأخرى : فلا يمكن تصور وجود وحدتين صحيحتين يكون لهما الهيكل التنظيمى نفسه ، ويوضح الشكل رقم (١-٣) هيكلاً نموذجياً للخدمات المقدمة فى إحدى الوحدات الصحية .

الشكل رقم (١-٣) : نموذج الهيكل التنظيمى



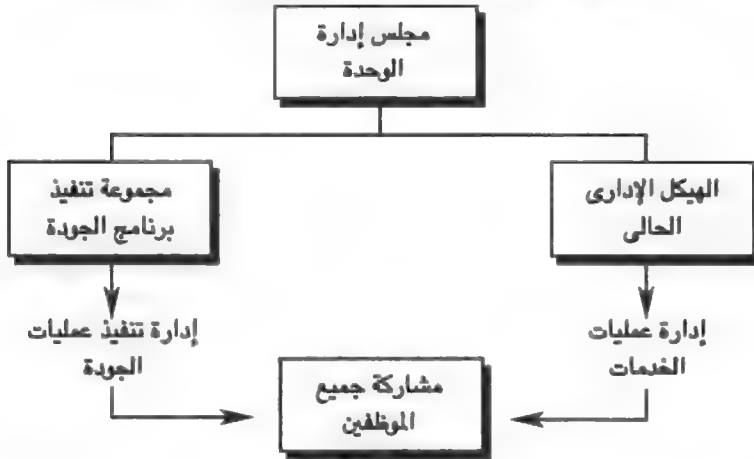
إن توصيف الهيكل أو البناء التنظيمي للوحدة سوف يكون تأثيره إيجابياً على سلوكيات الموظفين العاملين في الوحدة الصحية إذا توفرت الشروط التالية له :

- ١- أن يكون الهيكل متفقاً عليه ، ومفهوماً جيداً ، إلى حد بعيد ، من قبل الموظفين .
- ٢- أن ترتبط سلوكيات المديرين والموظفين بنطاق المسؤوليات المحددة في الهيكل .
- ٣- أن تعكس أهداف الإدارة ومبادراتها روح الهيكل ومحتواه .

وتجدر الإشارة إلى أن ما يميز الهيكل التنظيمي الموضح في الشكل رقم (١-٢) السابق ، هو أن المديرين الاختصاصيين ، رغم أنهم ليست لهم صلاحيات تنفيذية سوى على المجموعة القليلة التي تحت قيادتهم ، إلا أن تأثيرهم على مجمل العمل لا يقل ، إن لم يكن في بعض الأحوال أكثر أهمية ، عن تأثير زملائهم من المديرين التنفيذيين .

ومن الأهمية بمكان أن يعكس الهيكل التنظيمي للوحدة الصحية حقيقة اعتبار الجودة جزءاً أصيلاً من وظيفة كل فرد من الموظفين العاملين بها ؛ أي أنها ليست من الوظائف والمهام الإضافية أو الهامشية التي تضاف إلى أعمالهم . ورغم ذلك يبقى أن نشير إلى أن مدير الجودة في الوحدة الصحية (الذي سنستعرض مهامه لاحقاً) سوف يسعى إلى تطوير تنظيم ظل للهيكل التنظيمي الحالي (Shadow Organization) ؛ وذلك لضمان الجودة في الوحدة الصحية . ويوضح الشكل رقم (٢-٣) ذلك التنظيم الظلي .

الشكل رقم (٢-٣) : بيان الارتباط التنظيمي لشعبة مجموعة تنفيذ برنامج الجودة ضمن الهيكل التنظيمي للوحدة الصحية



إن تنظيم أعمال الجودة حسب الشكل رقم (٢-٢) لا يقصد به بأي حال إيجاد هيكل ينافس الهيكل التنظيمي المعمول به في الوحدة الصحية ، بل إن الأرجح والمستهدف هو جعله جزءاً منه في الوقت المناسب . وعليه فقد يكون من المهم أن نبدأ بتوضيح الأهداف والأنشطة المختلفة لكلا الهيكلين .

وحيث إن أغلب الوحدات قد طبقت نوعاً من التنظيم الهيكلي لأعمالها ، والذي اعتبر أنسب وأفضل السبل لتحقيق قدر عالٍ من الجودة في تقديم الخدمات الصحية ، فهناك خمس مسائل أو حقول يجب النظر فيها وبحثها : للتأكد من التطبيق الناجح لبرامج الجودة وللارتقاء بمستواها (REA, 1992) .

وهذه المسائل أو الحقول تتلخص في التالي :

١- هيكلية الأقسام :

إن العامل الأساسي في هذا الجانب يتمثل في القدرة على إدارة وحدة خدمات للمرضى تكون منفصلة عن طريق : تجميع الخدمات الطبية على النحو الذي يوفر خدمات متكاملة ومشابهة للمرضى . ويعتبر هذا النهج الإداري في الكثير من الوحدات منحنىً جديداً يتباعد عن التنظيم التقليدي الخاص بالمرضى والأطباء . ومن ناحية ثانية ، يجب أن يكون القسم ذا حجم مثالي وله نطاق معقول للمسؤولية .

٢- وعى موظفي الأقسام بأهمية وجوب الهيكل الإداري :

إن أحد المعوقات الكبيرة للحصول على مبادرات الجودة من قبل العاملين تتمثل في عدم درايتهم بمسببات ودواعي إنشاء الأقسام .

٣- مدى تداخل ومشاركة الأطباء في الإدارة :

إن الكثير من الأطباء يتمتعون بمهارات إدارية إلى جانب خبراتهم الكبيرة في المجال السريري ، ويمكنهم الإسهام عن طريق القيام بمهام الإدارة السريرية والعمليات التنسيقية المتصلة بذلك .

٤ - العلاقات البيئية بين الأقسام :

هناك دائماً حاجة لتقوية وتعقيد المنافسة الداخلية النظيفة على الموارد المتاحة ، وأيضاً إلى التعاون بين الأقسام المختلفة من أجل تقديم خدمات للمرضى تتسم بالتكامل . والمثالان الواضحان على مثل هذا التوجه هما : تكامل العلاقة بين الخدمات الجراحية والتخدير ، والعلاقة بين الخدمات الحادة والخدمات ذات الطبيعة العاجلة غير القابلة للتأخير .

٥ - القسم الواحد وباقي الخدمات :

من المهم وجود قسم يمتلك الوعي والدراية بالخدمات والمشاكل المرتبطة بها ؛ وذلك من أجل تلافي أو تقليل الحدود القبلية ؛ ومثل هذه الخلافات غالباً ما تحدث بين الأقسام السريرية وأقسام الخدمات الأخرى مثل : شؤون الموظفين ، والموارد البشرية ، والتحميل ، والفئات الإدارية والكتابية ، والممتلكات والخدمات المساندة .

وعليه فإن التنفيذ الناجح لهيكل إداري تقوده المجموعة السريرية يعتبر ابتكاراً وتحدياً معاً لكل الأطراف ذات العلاقة ، كما يمثل نقلة نوعية وسبيلاً أمثل لتنظيم وترقية وتحقيق الخدمات بفعالية .

٦ - مستويات العمل وتعدد المسؤوليات :

إن بعض إدارات / وحدات تقديم الخدمات قد استطاعت بنجاح تطوير هيكل إداري على أساس (أو بالاستفادة من) البحث المكثف الذي أجرته جامعة "برونل - Brunel" حول مستويات العمل ، والذي تلخص نتائجه على النحو التالي :

مستويات العمل :

المستوى السابع - تغطية النطاق الكلى للإدارة (التغطية الشاملة) :

يشمل هذا المستوى تعريف الطبيعة الأساسية للاحتياجات والخدمات وإيجاد المرافق وتحديد مسارات عملها ، بما يمكنها من توفير ما هو مطلوب منها . على سبيل المثال : المسؤولية الوزارية للصحة والرعاية الصحية .

المستوى السادس – الإدارة :

فى هذا المستوى يتركز العمل فى وضع الأطر اللازمة للتأكد من قيام الوحدات بنقل الموجهات التى يشتمل عليها المستوى السابع ، وأيضاً ، التأكد من توافر قنوات فعالة للتنسيق بين الوحدات المقدمة للخدمة . على سبيل المثال : المسئوليات الإقليمية للمناطق .

المستوى الخامس – تغطية النطاق الجزئى للعمليات (التغطية التشغيلية) :

يتركز النشاط فى هذا المستوى على توفير كافة الخدمات مع الأخذ فى الاعتبار ما توفره أجهزة أخرى فى ذات النطاق / الحيز الجغرافى . على سبيل المثال : مسؤولية توفير خدمات صحية فى مديرية / محافظة (District) معينة مع توفر القدرة على الاستجابة الكاملة لمتطلبات المجتمع والأجهزة الأخرى الموفرة للخدمة .

المستوى الرابع – العطاء الشامل (Comprehensive Provision) :

يتطلب العمل فى هذا المستوى التعامل مع نوعيات معينة من الخدمات لمنطقة اجتماعية تهتم بالاحتياجات غير المتوفرة . على سبيل المثال : التطوير على مدى زمنى لخدمة ترميز للمجتمع أو مستشفى عام كبير ، أو حتى توفير خدمات العاملين على مستوى المديرية / المحافظة (District) .

المستوى الثالث – العطاء المنتظم (Systematic Provision) :

فى هذا المستوى يتركز الاهتمام على التعامل مع المواقف أو الحالات المعقدة . على سبيل المثال : تطوير أو استخدام إجراء أو نظام جديد لتطوير العاملين أو إدارة ممارسة طبية .

المستوى الثانى – الاستجابة الموقفية (Situational Response) :

فى هذا المستوى يتم التعامل مع الحالات أو المواقف غير المألوفة بكونها غير متكررة ، أو لا نهاية محددة لها أو كونها معقدة . على سبيل المثال : إجراء تشخيص ، إدارة جناح تنويم مزدحم ، أو التعامل مع مسألة معقدة تتصل بشؤون الأفراد .

المستوى الأول - الناتج المحدد (Prescribed Output) :

فى هذا المستوى يتم تنفيذ الأعمال ذات الأهداف المحددة مسبقاً . على سبيل المثال : القيام بواجبات التمريض النمطية أو عمليات النظافة أو إجراء إدارى .
فى ضوء ما تقدم ، فإن فهمنا لطبيعة العمل فى وحدة إدارية يمكن بالمنطق البسيط تفسيره على النحو التالى :

المستوى الرابع : العطاء الشامل المدير التنفيذي/مجلس الإدارة/المديرون
السريرون على مستوى مجلس الإدارة .

المستوى الثالث : العطاء المنتظم الإدارات (السريرية والوظيفية) ورؤساء
الأقسام .

المستوى الثانى : الاستجابة الموقفية رئيسات وحدات التمريض والمعالجون وفرق
رعاية الطفولة والأمومة .

المستوى الأول : الناتج المحدد أنشطة التمريض النمطية .

ولتكوين اتجاه واضح لتطوير الجودة والإدارة ينبغى أن يكون هناك تحديد واضح للمسؤوليات بين المستويات المختلفة . ويمكن أن يتم هذا على الوجه التالى :

المستوى الرابع : وجود مدير مسؤول عن تطوير الجودة .

المستوى الثالث : كل مدير يكون مسؤولاً عن الإدارة العامة للجودة فى كافة
الوظائف والأنشطة فى إدارته .

المستوى الثانى : مديرو وحدات التمريض مسؤولون عن ضمان حسن التشغيل
السلس للخدمات السريرية ، والأداء الجيد والمرضى
للموظفين ، ناهيك عن التأكد من التحسن فى جودة الخدمة
المقدمة .

هذا ، ويجب أن يسود فى أوساط العاملين ، فى كل مستوى من هذه المستويات ، شعور بالمسؤولية تجاه الجودة ، وينبغى على هؤلاء المهتمين بتطبيق نظام (BS 5750) ، مراعاة التأكد من وضوح الهيكل الإدارى ، ومستويات العمل ، وتعريف وتحديد المسؤوليات ؛ إذ إنها من المقدمات الأساسية لمقابلة متطلبات القسم الأول من مقياس الجودة .

٢- مشاركة الأطباء السريريين فى الإدارة :

اقترح " بيرويك وبنكر - Berwick and Bunker " فى دراستهما عام ١٩٩٢م أنه من الواجب على كل وحدة أن تشجع الاختصاصيين السريريين على القيام بدور أكبر ورئيسى فى تطوير قدرات الوحدات على تحسين عملياتها . وبمعنى آخر أشارا إلى أنه يجب على السريريين " معالجة التنظيم " أو " تحسين صحته " .

ويعد دور الاختصاصيين السريريين ، سواء أكانوا أطباء أم أفراداً من الطاقم العلاجى (المرضى ، والمساعدين الطبيين) أساسياً وهاماً فيما يتعلق بتطوير أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى تقديم خدمات الرعاية الصحية . وعلى وجه خاص ، فإن خبرة ونضج الطاقم الطبى فى المجالين السريرى والإدارى ، تساعد فى تكامل المهارات والممارسات الإدارية المتاحة .

وبصفة عامة ، فإن مشاركة الطاقم الطبى فى موضوع ضمان الجودة يمكن أن يحدث بطرق مختلفة وعلى مستويات عدة ، وذلك من خلال ما يلى :

- مدير طبى (فى المجلس) .
- مجموعة توجيه أعمال تحسين الجودة .
- الجهاز الطبى الاحترافى .
- مدير تنسيق الأنشطة السريرية (منسق الإدارة السريرية) .
- لجنة المراجعة السريرية .
- الفرق السريرية .

- التنسيق والاتصال بالأطباء الممارسين العامين .

- مواصفات الخدمة .

- تخطيط الأعمال .

٤- دور المدير التنفيذي / أو مدير عام الوحدة :

إن طبيعة إدارة الجودة الشاملة المتمثلة في الأهمية القصوى لدور القيادة العليا في تنفيذها ونجاحها ، تتطلب قيادة نشطة وواضحة تكون الراعية والمسؤولة بصفة مباشرة عن الجودة الشاملة . ويتطلب هذا الدور الهام شخصاً يتسم بالثابرة والخبرة والاستقرار والتركيز الذهني ، ويتمتع بالمواصفات القيادية التالية :

- المهارات التنظيمية .

- مهارات الاتصال الفعال .

- القدرة على الإيفاء بمتطلبات تحقيق الأهداف على الأجلين القصير والطويل المدى .

- القدرة على مجابهة ضغوط العمل وضبابية المواقف .

- الالتزام بتحقيق الجودة .

- الوعي والدراية بأساليب إدارة الجودة الشاملة .

٥- دور المدير / المختص السريري :

مع تزايد الاعتماد على نموذج " الإدارة " - كوحدة إدارية تنظيمية - في أغلب وحدات الأمراض الحادة وبعض مؤسسات العناية على مستوى المنطقة ، فإن دور المدير السريري أصبح هاماً في إدارة وتطوير الجودة . وحيث إن المدير السريري هو المسؤول عن إدارة العاملين بالإدارة ، وكذلك عن إعداد ومراقبة ميزانيتها ؛ فإن أغلب المديرين السريريين هم من الأطباء الممارسين الذين تمثل لهم عملية الإدارة نشاطاً جزئياً (إضافياً) . وبمعاونة مدير الأعمال ومدير التمريض ، فإن المدير السريري يمكن أن يكون مسؤولاً عن الأنشطة الإدارية التالية :

- تخطيط الخدمات .
 - توزيع الموارد .
 - إدارة النشاط وأعباء العمل .
 - الحفاظ على علاقات حسنة مع الإدارات الأخرى .
 - الحفاظ على علاقات حسنة بين العاملين بالإدارة .
- وتمثل التحدى الرئيسى الذى يمكن أن يواجه المدير السريرى فى قيادة الطاقم السريرى فى مجال الشؤون الإدارية ، واتخاذ القرارات وضمان مشاركة هذا الطاقم فى كل من الجوانب التالية :
- إدارة العقود .
 - خفض تكلفة الجودة .
 - تعريف / تحديد جودة الرعاية ومراقبتها .
- وتتمثل أهم الصعوبات التى يجب على المدير أو المنسق السريرى مجابتهها فى المشاكل المرتبطة بأعباء العمل ، والافتقاد الظاهر أو الحقيقى للمهارات الإدارية .

٦- دور الإدارة العليا (المدير العام) :

إن كافة المديرين التنفيذيين سواء أكانوا نواباً للمدير التنفيذى الأول ، أم كانوا رؤساء أقسام أو مديرين سريريين ، ينبغى عليهم فهم ماهية ومعنى جودة الرعاية ، وما تعنيه للمريض ، كما ينبغى عليهم المشاركة بفاعلية فى تحقيق هذه الجودة .

إن تقييم أداء ومدى استجابة المديرين يجب أن يتم فى ضوء أثر هذا الأداء والاستجابة على رعاية المريض و/ أو رضائه . إن النشاط الإدارى الذى لا قيمة إضافية له من وجهة نظر المريض ، يجب مواجهته وعمل ما يلزم لتصحيحه .

كما يجب على المديرين أن يشاركوا ويتفهموا المسائل المرتبطة بالمرضى والعاملين تحت قيادتهم ، وألا ينصبّ اهتمامهم على المطالب المتعلقة بتوفير مستلزمات إدارة

وحداتهم الداخلية ، أو جهازهم البيروقراطى . إن المدير يجب أن ينظر إلى دوره على أنه مسهل أو مدرب يساعد ممرضيه على الاستفادة من الموارد المتاحة فى وحداتهم فى سبيل تجويد أدائهم وتلبية احتياجات المرضى .

هذا ، وتتمثل أبرز المشاكل المشتركة فى الوحدات التى بدأت فى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة فى كل من : ازواجية أو تأرجح درجة التزام الإدارة العليا والوسطى بسبب التضارب / أو التنافس على الأولويات ، وغياب التطوير فى إدارة الجودة . ونظراً لأن بعض المديرين قد يفقدون أو لا يجدون طريقهم ، فإنهم يتصرفون بطريقة تعوق التغيير المطلوب ؛ وذلك إما عمداً لرغبتهم فى حماية أنفسهم وإخفاء القلق الذى ينتابهم ، وإما بصورة غير متعمدة لافتقادهم للمهارات المطلوبة أو الأفكار البديلة (انظر سيدون - Seddon, 1991) .

من ناحية أخرى ، يعتبر المديرون فى مستوى الإدارة الوسطى الأمناء الرئيسيين لتنفيذ رؤية المدير التنفيذى لتقديم رعاية صحية تتسم بالجودة . وكما يقترح " سيدون " فإن تقديم مثل هذه الخدمة بنجاح يجعل المديرين يشعرون بأنهم :

- يدركون هدف ورسالة وحداتهم .

- مزودون بالسلطة .

- يرتبطون جيداً بالمديرين الآخرين .

- يشعرون أن مديرهم منفتح على مقترحاتهم .

إن الحصول على مثل هذا الشعور يتطلب تحويلاً وتبديلاً فى مفاهيم المديرين . وتشير نتائج أبحاث " سيدون " إلى أن المديرين فى منظمات الخدمات ، يحتاجون إلى اكتساب معرفة أكبر ومهارات إضافية فى اتخاذ القرار ، والقدرة على التحكم فى توزيع أعباء العمل ، وفض التعارض أو نزاعات أو صراعات العمل .

على صعيد آخر ، يجب على المديرين من غير نوى الخلفية السريرية ، السعى لفهم قضايا العمليات السريرية ، والتخلص من الانشغال الزائد بالمسائل الإدارية . ويقترح " إلس - ١٩٩٢م " أنهم يحتاجون إلى اكتساب المهارات والقدرات التالية :

- فهم المفردات السريرية .

- الوعى بالجوانب التعليمية والنظامية لمختلف المهن .

- القدرة على ترجمة القضايا الإدارية إلى لغة يفهمها السريريون .

- مهارات التعامل والتفاعل البناء مع السريريين .

٧- القدرات أو الكفاءة الإدارية المطلوبة في إدارة الجودة :

رغم أن هذا الموضوع قد تم التعرض له في موضع آخر " كوش - ١٩٩١م " إلا أننا نشير إلى أن القدرات الرئيسية الواجب توافرها في المديرين العاملين في " الخدمة الصحية الوطنية " (سواء أكانوا مديرين عامين أو مديرين سريريين) تتمثل في التالي :

* القيادة والقدرة على التأثير :

- القدرة على الرؤية وعلى التخطيط الإستراتيجي .

- القيادة المستقلة .

- حل الصراع أو التعارض .

- الاتصال الفعال .

- القدرة على تطوير العاملين .

* مهارات اتخاذ القرار :

- حل المشكلات .

- استرجاع وتنظيم المعلومات .

- المخاطرة المحسوبة .

- الانحياز للعمل .

* المهارات الإدارية :

- التحكم فى الوقت وفى أعباء العمل .
- القدرة على التركيز .
- التفويض والمساندة .
- تقييم التقدم .
- القدرة على تغيير المسار .

* شؤون الأفراد :

- الالتزام بالجودة فى الأداء الذاتى .
- تحمل الضغوط .
- الأثر الإيجابى على الآخرين .
- التأقلم .
- الاهتمام بتوجيه العملاء .

وظيفة الجودة ومديرها :

١- دور المدير :

فى ظل النظام الحالى للإدارة المتمثل فى وحدة مجلس الإدارة ، فإن السائد هو تحديد أحد أعضاء المجلس كمسؤول عن الجودة . ويرتبط هذا ، غالباً ، بمسؤولية هامة أخرى مثل :

- شؤون العملاء .
- التسويق .
- مشورة التمريض " الاحترافية " أو :
- التعاقد .

وأهم مسؤوليات هذا الدور ، كالتالى :

وصف الوظيفة :

مسمى الوظيفة : مدير خدمات التمريض / العملاء

الارتباط التنظيمى : مسؤول أمام الرئيس التنفيذى

ملخص الدور :

كمدير تنفيذى ، فإن لشاغل هذه الوظيفة مسؤولية تضامنية ، كعضو فى المجلس ، فى الرسم الكلى للسياسات والتوجيه الإستراتيجى للوحدة . ويوفر المدير الجوانب القيادية للممرضين وزائرى الخدمات الصحية ، وذلك من خلال تطوير وتنفيذ وتقييم سياسات الوحدة بما يتواءم مع أهدافها وقيمها .

ويتحمل المدير ، أيضاً ، المسؤولية الكاملة أمام المجلس لتنفيذ إستراتيجية الجودة الشاملة ، بما فيها التأكد من أن مستويات الجودة المنصوص عليها فى العقود المبرمة مع المشترين قد تم الأخذ بها وتمت مراقبتها .

ومن مسؤوليات المدير ، أيضاً ، المشاركة فى تطوير الوحدة كمنظمة تركز على العملاء من خلال تطوير كافة العاملين بالوحدة .

المهام والواجبات الرئيسية :

- مسؤول عن تنفيذ ومراقبة إستراتيجية الجودة الشاملة ، وذلك من خلال :
- التأكد من أن أنظمة الجودة أصبحت جزءاً أصيلاً من أنشطة العمليات فى كل المنظمة .
- العمل بالتضامن مع المديرين السريريين العاملين على تطوير طرق قياس وتقويم وتحديث مستويات الخدمة .
- تسهيل ومساندة وتنسيق مبادرات جودة الخدمة .

- تخطيط وتسهيل وعى العاملين بقضايا الجودة وطرق تحقيق مستويات الجودة العالية للخدمات .
- العمل كوسيط وكرائد فى تطوير ثقافة الجودة فى عمل كل فرد فى المنظمة .
- مراقبة كل شكوى ، وكذلك رسائل الإعجاب والتقدير ، وبخاصة عند مراجعة اتجاهات ومواقع الأداء المتدنى ، ويكون يقطاً عند دعاوى الإهمال .
- تطوير وتسهيل مسوحات العملاء .
- تنسيق عمليات تنفيذ الأدلة المنصوص عليها فى عقود الخدمات المقدمة من وزارة الصحة .
- التأكد من أن مستويات الجودة فى تقديم الخدمات المنصوص عليها فى العقود تم تنفيذها ومراقبتها .
- تسهيل وتطوير عملية المراجعة السريرية التى تشمل كافة المهن ، أخذاً فى الاعتبار أن كل مهنة ستقوم فى البداية بتطوير نظام فردى للمراجعة يتحول لاحقاً إلى نظام متعدد المهن .
- مسئول عن المستويات الاحترافية ، فى ممارسة وأداء التمريض ، وذلك من خلال :
 - ممارسة القيادة الاحترافية ، والتأكد من توفير خدمات تمريض تتسم بالأمان والتميز وخفض التكاليف .
 - توفير النصح والمشورة للرئيس التنفيذى والمجلس والمديرين الآخرين فى كافة جوانب إستراتيجية التمريض من ممارسة وتعليم وتدريب .
 - إعداد وتنفيذ المستويات المعيارية لممارسة التمريض بالتوافق مع UKCC & ENB .
 - توفير النصح والمشورة للرئيس التنفيذى والمجلس والمديرين الآخرين حول الطرق المناسبة لتحديد احتياجات عمالة التمريض الماهرة وسبل استغلال الموارد التمريضية .
- الاهتمام بتطوير الممارسة التمريضية ورعاية الوعى بالأنشطة البحثية .

- المسؤولية التضامنية كعضو بالمجلس :

- المشاركة فى رسم وتطوير إستراتيجية الوحدة وسياساتها .
- المشاركة فى الرقابة الشاملة على أداء الوحدة ، والتأكد من الجوى المالية وجودة الخدمة .
- المساهمة فى القيادة الشاملة للوحدة والسعى لتوسيع المسؤوليات بما يضمن اتخاذ القرار بسرعة ويقدر عالٍ من الاستجابة .

ويقترح فى أحيان كثيرة أن وجود مثل هذا المنصب يجافى مقولة أن الجودة جزء من عمل كل فرد فى المنظمة . وهذا أيضاً يمكن أن يقال عن دور كافة المديرين الاختصاصيين ، وهم على سبيل المثال : مديرو المالية ، وشؤون الأفراد ، وكل الوظائف التى لها علاقة بالإدارة التنفيذية . ولكن الفرق هو أن المطلوب من المديرين الاختصاصيين ، يتمثل فى توفير وتطوير الخبرة فى هذه الجوانب الاختصاصية وليس إدارة الوظائف فى الوحدة ، وهو اختلاف دقيق . بمعنى آخر ، فإن وجود مدير للجودة إنما هو لتسهيل ومساعدة المديرين التنفيذيين فى إدارة جودة الخدمة وليس إدارة مثل هذه الإدارة بعينها .

إن الخلفية المهنية المثالية لشاغل هذه الوظيفة هى التمريض ؛ وذلك لأسباب تاريخية وعملية ؛ فالأسباب التاريخية تنجم عن أن أغلبية أعمال الجودة كانت فى مجال خدمات التمريض ، أما الأسباب العملية فتدعو الحاجة إليها فى تمثيل أكبر عدد من العمالة (وهو التمريض غالباً) .

٢- المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة :

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة ينطوى على حاجة تحسين الجودة إلى جهود تنسيقية وإدارية داخل الوحدة ؛ فالإدارة الحقيقية لتحسين الخدمة يجب أن تتم فى إطار نظام إدارى تنفيذى . ولكن عملية إدارة الجودة الشاملة التى يقودها المدير العام التنفيذى للوحدة تحتاج إلى عمليات تنسيقية يقوم بها كل من مدير الجودة ، ومجموعته التوجيهية ، وذلك من خلال تحديد أهداف واضحة ومسؤوليات محددة ، يمكن إيجازها على النحو التالى :

الأهداف

- التخطيط لتطوير وتنفيذ الإستراتيجية .
- توفير القيادة والموارد .
- التحريض أو الحث على العمل ومراقبته ؛ من أجل تنفيذ وإيصال رسالة " عملية التحسين المستمر للجودة " .

المسؤوليات :

- قبول تنفيذ خطة الجودة .
- تطوير القضايا الرئيسية والإستراتيجية والأهداف .
- وضع ومراجعة الأولويات .
- إدارة التنفيذ الشامل لجداول العمل والوقت .
- تحديد المسؤوليات الخاصة بالنشاط فى كل الوحدة .
- توفير القيادة الأساسية والتوجيه لعملية التحسين .
- تطوير وزيادة الوعى بالجودة ومتطلبات التدريب .
- تسهيل ومساندة تنفيذ النظم الأساسية فى تحسين العمليات ، والاستجابة للعملاء ومنح صلاحيات للعاملين .
- مراجعة عملية إدارة الجودة الشاملة والاتفاق حول معايير عمليات إعداد التقارير والتقييم والتغذية المرتدة .

إن عضوية المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة ، لا تستلزم بالضرورة تمثيلاً لكافة المجموعات المهنية السريرية وغير السريرية داخل المنظمة ، بل تتطلب أعضاء يتسمون بالمهارة والخبرة والرؤية بشأن عملية التحسين المستمر للجودة . ولكن قد يكون مفيداً وعملياً وجود أعضاء قادرين على سد الثغرات الحقيقية أو الظاهرة بين مديرى الخطوط والهيئة الطبية والتمريضية ، مثل رئيس المراجعة الطبية وكبيرة الممرضات .

وبالنسبة لرئاسة المجموعة التوجيهية فقد تختلف من تنظيم لآخر ، إلا أن الاحتمال الأكبر أن يرأسها :

- المدير التنفيذي العام للوحدة ، أو مدير الجودة ، أو رئيس المراجعة الطبية .

ولكل واحد من هؤلاء جوانب قوته وضعفه كرئيس . وعليه فإن المعيار الرئيسي يتمثل في المقدرة على تطوير رؤية بشأن إدارة الجودة الشاملة وتحويلها إلى نشاط فعال .

٢- المجموعات الفرعية لتخطيط الجودة :

بعد البدء في نشاطها ستدرك المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة أنها ستحتاج إلى الوقت والجهد الذي تبذله في مشاريع محددة أو تطوير إستراتيجيات أو أساليب أو أنظمة محددة . هذا الأمر يستوجب تكوين مجموعات فرعية ظرفية لتبحث مسائل مثل :

- التدريب والتعليم .

- وضع المستويات المعيارية / المراقبة / النشاط التصحيحي .

- القياس / الجدولة .

- التفويض والصلاحيات ، وفرق تحسين الجودة .

- تكاليف الجودة .

- رعاية العملاء .

- الانطباعات الأولية .

وتقوم كل مجموعة بإعداد تقرير بنتائج أعمالها للجنة التوجيهية الرئيسية .

تخطيط الأعمال ، إستراتيجية الجودة وخطط الإدارة للخدمات :

١- الخبرة الحديثة لتخطيط الأعمال فى نظام الخدمة الصحية الوطنية :

خلال السنتين أو السنوات الثلاث الماضية كانت الإدارة العليا فى نظام الخدمة الصحية الوطنية تتعلم كيفية تطوير أسلوب لتخطيط الأعمال ، وذلك بشكل سنوى ، ولفترة تحضير امتدت تسعة أشهر لوضع خطة عامة للخدمة الصحية الوطنية . وقد تطلب ذلك عقد الكثير من الاجتماعات التى اقتصرت على مستوى الإدارة أو مستوى التخصص ؛ وذلك للنظر فى برنامج عمل (أجندة) يتعلق بتوضيح مسائل تتصل بالنشاط أو الجودة أو تكلفة الخدمة .

وهذه الخطة توفر الرؤية بشأن ما تود الوحدة الوصول إليه خلال السنة ، أو السنتين ، أو السنوات الثلاث القادمة . إن الإستراتيجية تهدف لتوحيد وبث الدافعية لدى العاملين من أجل تحقيق هدف مشترك . وفى الكثير من خطط الأعمال لم يتم التركيز على الجودة على أنها الدافع الرئيسى . وفى الغالب فإنها قد ضمنت محتوى مالياً ؛ حيث إنها توفرت فى أقسام بون أن تكون لها أولوية قصوى .

من ناحية ثانية ، وكناتج جزئى لتدنى أولويتها ، فإن السريرين لم يقوموا بالضرورة بتبنى وتوجيه خطط أعمالهم بما يوجه المنظمة ، أو تقديم خدمات الرعاية الصحية فى دائرة اختصاصاتهم فى السنة التالية للخطة ؛ ولذلك فقد فقدت هذه الخطط الكثير من قوتها وتأثيرها ، حتى عُدّها البعض مجرد تمارين على الورق .

٢- تكامل إستراتيجية الجودة مع تخطيط الأعمال :

إن الوحدات الصحية / منظمات العناية تقوم الآن بتطوير رؤية تسمح بجمع هاتين العمليتين التخطيطيتين . وفى مبادرة حديثة فإن وحدة الحالات الحادة قد استطاعت تطوير إطار لتخطيط أعمالها على النحو التالى :

خطة عمل ١٩٩٢/١٩٩٤ م**مقدمة ونظرة عامة :**

أ - إستراتيجيات الخدمة المستقبلية (المبنية على خطط الأعمال وتحليل المخاطر لكل إدارة) .

ب- مراجعة الخدمات الحالية .

ج- إدارة العقارات .

د- الإدارة الإستراتيجية .

هـ- إستراتيجية الجودة .

و- إستراتيجية المالية .

ز- إستراتيجية الموارد البشرية .

ح- تحليل السوق .

خطط عمل القسم :

أ - إستراتيجيات الخدمة المستقبلية (المبنية على الأولويات والمتطلبات السريرية ، فرص السوق ، الجودة ، ومنح صلاحيات للعاملين) .

ب - توصيف ومراجعة الخدمة الحالية (متضمنة تحليلاً للاتجاهات) .

ج - إدارة الخدمات التي تشمل :

- الهيكل .

- القيادة .

- إدارة المكان ، والمباني ، والمعدات والأجهزة .

- استخدام المعلومات (متضمنة صلتها بالمعلومات الإدارية) .

- إستراتيجية الموارد البشرية .

- الإدارة المالية وخفض تكاليف " الفشل " .

د- تحسين الجودة :

- المؤشرات الرئيسية .

- تطوير ومراقبة المستويات المعيارية والبروتوكولات .

- أساليب ونتائج المراجعة .

- التجاوب مع معلومات التغذية المرتدة (من المرضى ، والأطباء أو الممارسين
العامين ، والمشتريين) .

- حل المشكلات المرتبطة بتحسين الجودة .

إن وجود مثل هذه الخطط يسمح بتطوير إستراتيجية للجودة يمكن النظر إليها على أنها مكملة لخطط الأعمال وتوفر الفرصة لاتخاذ سياسات للمنشأة على مدى اثني عشر شهراً . كما أنها تساعد على تحقيق قدر أكبر من المشاركة والالتزام من قبل السريريين وعلى خفض التفرقة بين المسائل المالية والنشاط والجودة ، وهي تفرقة غير حقيقية في الممارسة السريرية .

٣- تحديد خطة الإدارة :

كما أوضحنا في الفقرة السابقة ، فمن السمات الأساسية في إدارة تحسين الجودة إشراك الوحدات التنفيذية الرئيسية (الإدارات السريرية وغير السريرية) في التخطيط للمستقبل . وجزء من هذه العملية يتطلب تنظيم خطط أعمال الجودة على مستوى الإدارة . والجزء الآخر منها يتركز على تطوير خطط الجودة ، والتي نوضح أحد نماذجها على النحو التالي :

ملخص ورشة عمل (ندوة) لكبار الموظفين

تخطيط الجودة داخل الأقسام

مقدمة :

لقد تم بذل جهد كبير فى اتجاه توفير رعاية وخدمة تتسم بالجودة داخل وحدة الحالات الحادة . ومنذ عهد قريب ، تم تطوير مسودة لخطة جودة للوحدة ، تزامنت مع تعيين مسهل للجودة ، مع معاونة من خدمات استشارية خارجية .

إن الجزء الرئيسى من خطة الجودة تركز حول تطوير خطط الجودة على مستوى الإدارة . حيث ركزت الخطط على (١٢) إدارة سريرية ، (٦) إدارات منها تخصصية ، إلى جانب الخدمات السريرية وغير السريرية المساندة . وتسعى جهود التخطيط على مستوى الإدارة إلى التأكد من أن السلطة المسؤولة عن تطوير الخطط المتعلقة بتحسين الجودة تتوفر قريباً من المرضى قيد الرعاية ، وأنها تتضمن مشاركة أساسية من قبل الفئات الطبية والتمريضية . كما أن جهود التخطيط ستتصل بالعمل الحالى فى نطاق " تخطيط الرعاية الجماعى " .

لقد تم إعداد إطار عام (والذى يمكن تعديله) لكل إدارة . وهذا الإطار يساعد فى تقييم التقدم الراهن على عدة أبعاد (محاور) أساسية فى إدارة الجودة .

هيكل وإطار إدارة الجودة :

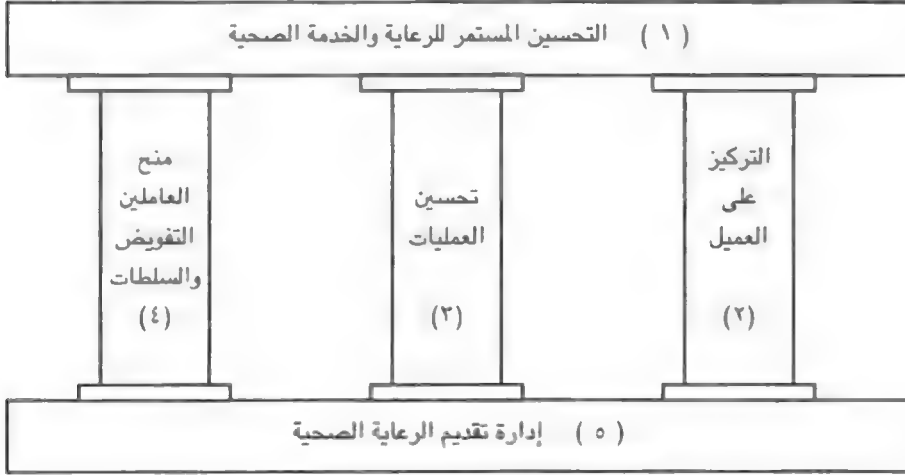
يوضح الشكل رقم (٢-٢) الهيكل العام للوحدة ، ويتضمن ترقياً لكل واحدة من الإدارات أو الخدمات ؛ لأغراض هذا التمرين حول التخطيط للجودة .

الشكل رقم (٣-٢) : تمرين في التخطيط للجودة ضمن مختلف إدارات وأقسام الوحدة الصحية



ويوضح الشكل رقم (٣-٤) - أدناه - إطار إدارة الجودة ويتضمن المكونات العديدة لإدارة الجودة ، الذي يُطلب من كل قسم دراسته والنظر فيه .

الشكل رقم (٣-٤) : إطار إدارة الجودة



عملية التخطيط للجودة والجنول الزمنى :

إن تجميع هذه الخطط سينتج عنه وثيقة تغطى الجوانب التالية :

- أ- مسائل تتعلق بتخطيط الجودة على مستوى الوحدة :
 - ميثاق المرضى .
 - متطلبات المشتري .
 - مسائل الوحدة الصحية .
- ب - خطط الجودة للإدارة السريرية (١٢) .
- ج - خطط الجودة للإدارات التخصصية (٦) .
- د - خطط الخدمات المساندة السريرية وغير السريرية (١٢ تقريباً) .

وكجزء من المرحلة التالية لاجتماع تخطيط الأعمال لعام ١٩٩٣-١٩٩٤م فهناك جدول زمنى تقريبي لرفع درجة الوعى وإعداد مسودات خطط الجودة ، وذلك على النحو التالى :

تحضير الإطار :

- الاجتماع مع المنسقين الرئيسيين للإدارة ، والمديرين / والسرييرين يوليو ١٩٩٢م
 - العمل مع كل إدارة على حدة يوليو/أكتوبر ١٩٩٢م
 - اجتماع لمدة ساعة لإكمال المسودة الأولى للاجتماع مع الإدارة العليا أكتوبر/نوفمبر ١٩٩٢م
- ما هى الفوائد المترتبة ؟**

- ١- الشعور بالمشاركة فى إدارة تحسين الجودة وتكامل الجهد مع تخطيط الأعمال الشامل على مستوى الوحدة .
- ٢- القيام بنشاط منظم فى كل إدارة من أجل :
 - أ . تحسين درجة التوافق فى العمليات الرئيسية المتصلة بالرعاية والخدمة .
 - ب. تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم .
 - ج. السعى نحو مواصلة إرضاء العاملين بالعمل فى مجموعة " دُدلى Dudley " للمستشفيات .
 - د. خفض الموارد المهدرة .

ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات حول هذه الحلقة من كل من :

Lynette Holiday, Paul Brennan, Hugh Koch

التخطيط للجودة داخل القسم :

مقدمة :

إن التخطيط للجودة هو أسلوب هيكلى منظم لتدعيم وتطوير تقديم برامج الرعاية الصحية الحالية فى وحدة الحالات الحادة ، كما أنها جزء من الأسلوب الكلى لتخطيط

الأعمال . إن التخطيط للجودة فى القسم يتجاوز خطة الجودة للوحدة لعام ٩٢-١٩٩٣م) التى تمت مناقشتها داخل الوحدة .

الرجاء تعبئة الجزء التالى بقدر ما تستطيع ، وسنكون سعداء بتقديم المساعدة بقدر ما نستطيع . وهناك غرضان لهذا النموذج : الغرض الأول أنه يساعد فى تطوير خطة إدارتك لأغراض الإدارة الداخلية وأهدافها ، والغرض الثانى أنه يساعد فى وضع خطة أعمال للوحدة .

هيكل القسم :

برجاء رسم هيكل للإدارة أدناه (أو فى ورقة مستقلة) على أن توضح فيه الأجنحة والأقسام (إذا كان ذلك ملائماً) داخل الإدارة .

الاتصالات :

فى الجدول أدناه يرجى توضيح نوعية الاجتماعات داخل الإدارة خلال فترة من (١-٨) أسابيع . وإذا كانت الاجتماعات تعقد بصورة غير منتظمة نرجو الإشارة إلى ذلك .

اسم الاجتماع	أسبوع رقم ١	أسبوع رقم ٢	أسبوع رقم ٣	أسبوع رقم ٤	اجتماعات غير منتظمة تعقد شهرياً	أسبوع رقم ٥	أسبوع رقم ٦	أسبوع رقم ٧	أسبوع رقم ٨	اجتماعات غير منتظمة تعقد كل شهرين

تحديد مؤشرات الجودة :

باستخدام الورقة المرفقة يرجى تحديد مسائل الجودة الرئيسية فى إدارتك ، والتى تتطلب وضع مستويات معيارية أو القيام بعمل تصحيحي .

وهذه قد تكون :

أ- مسائل وعمليات أساسية ، مثل :

- ميثاق المريض .
- التنويم (الإدخال) والخروج .
- المشترين و/أو مسائل الوحدة .
- الإدارة - قضايا محددة .

ب- مسائل متصلة بمشكلات ، مثل :

- توافر السرير الطبى .
- الشكاوى .

ج- مسائل متنوعة ، مثل :

- تخطيط الرعاية .
- تخطيط الخروج من المستشفى .

إن الإطار العام لمثل هذه القضايا يتمثل فى عمل خط تدفق المريض بين خدمة وأخرى (Patient Trail) الموضح أدناه ، وما يزال العمل جارياً لتكامل هذا الأسلوب مع التخطيط التعاونى للرعاية .

قبول المريض	←	إدخال المريض	←	التقييم والتشخيص	←	العلاج	←	الخروج

وضع المستويات المعيارية ومراقبتها :

تقوم الوحدة بتطوير أسلوب شامل لوضع المستويات المعيارية ومراقبتها . الرجاء إعداد خطة عمل لأخذ كل واحد من مؤشرات الجودة المذكورة أنفاً وتوصيف المستويات المعيارية (واحد أو أكثر) لها ، وكذلك توصيف آليات المراقبة المناسبة (انظر المثال أدناه وكذلك الصفحات المرفقة) . يرجى أيضاً تحديد المواعيد النظامية (المنتظمة) لمراجعة الأداء ، وكذلك مراجعة المستويات المعيارية نفسها .

مؤشر الجودة	المستوى المعيارى	المراقبة	سجل الأداء

ومن القضايا التي يجب الاهتمام بها ضمن موضوع وضع المستويات المعيارية ومراقبتها :

١- الجدول الزمني ومقدار الإنجاز الممكن تحقيقه لوضع المستويات المعيارية والوقت اللازم لانتهاء منها .

٢- التركيز على المستويات المعيارية على مستوى الإدارة كلها ، ثم المستويات المعيارية للأقسام بعد ذلك .

معلومات التغذية المرتدة من المرضى والعاملين :

تقوم الوحدة بتطوير استبانتين لأخذ ملاحظات بشأنهما : الأولى تعطى للمرضى (أو أقاربهم) ، والثانية توزع على العاملين المستفيدين من خدماتكم . الرجاء التفكير في كيفية وتوضيح الطريقة التي تقترحها للحصول على معلومات التغذية المرتدة من

المرضى والعاملين على أساس زمنى منتظم (كل ربع عام) . إن ناتج هاتين الاستبانيتين يتمثل فى معلومات يمكن الاعتماد عليها كأساس لعملية التحسين ، وأيضاً كعلامة للعد والإحصاء لمراقبة وملاحظة التغيير وفقاً لمدى زمنى محدد .

المراجعة (الطبية / السريرية / الإدارية) :

إذا لم تكن قد وردت ضمن الجزء الخاص بوضع المستويات المعيارية ، فالرجاء توصيف الكيفية التى يتم من خلالها تسجيل المخرجات / النتائج (سواء أكانت إيجابية أم سلبية) ، وكذلك سبل مراقبتها ، وكيف يتم استخدام مثل هذه النتائج فى تحسين الخدمة المقدمة .

النتائج الإيجابية	النتائج السلبية	طريقة وتكرار تسجيل النتائج

المعلومات المنتظمة :

ما هى طبيعة المعلومات التى تقوم بجمعها ومراقبتها بانتظام والتى تحيطك علماً بشأن عوامل أساسية للجودة (مثل مدد الانتظار) أو بشأن الجوانب التى تعاني من مشكلات ؟

رفع درجة الوعى بالجودة لدى العاملين وتدريبهم :

برجاء وصف الخطط المعمول بها حالياً للتأكد من أن كافة العاملين بالإدارة على علم بما يتم حول الجودة ويتم تزويدهم بالمعلومات اللازمة لمواكبة ما يتم .

تقدير العاملين ومنحهم الصلاحيات :

كيف يتم القيام (بصورة منتظمة) بتدعيم وتقوية وتشجيع العاملين وتزويدهم بالمعلومات ؟ هل لديك :

أ - نظام تقويم أداء الموظفين (مضمناً نظام تحسين الأداء) .

ب- مجموعات تحسين الجودة .

مراقبة الميزانية وتكاليف الجودة :

نعم / لا	تعليقات
المشكلة	الهدر السنوي تقريباً
١ -	
٢ -	
٣ -	
٤ -	
٥ -	
٦ -	

١- هل تشعر بأنك تراقب رقابة سليمة ميزانية إدارتك ؟

٢- هل تقوم بانتظام بتجاوز الصرف المقرر من الميزانية (شهرياً) ؟ وإذا كان الأمر كذلك فلم ؟

٣- ما هي المشاكل الرئيسية التي تسبب هدر الموارد (الوقت ، الجهد ، الدخل) في إدارتك ؟

عند إكمالك تعبئة هذه المسودة أرجو تزويدني بنسخة منها وذلك لإجراء المزيد من

النقاش .

شكراً جزيلاً

مشاركة العاملين في إدارة الجودة :

١- هيكل وإطار إدارة الجودة :

فى القسم الأول من هذا الفصل تم تحديد شكل النظام الذى يوضح الكيفية التى ترتبط بها مجموعة تنفيذ برامج الجودة مع الإدارة التنفيذية . إن الهدف من إدارة وتنظيم الجودة المستمرة فى مراحلها الأولى هو التهيئة والإعداد لضمان المشاركة المستمرة لكل العاملين فى موضوع إدارة الجودة . وهناك قوى دافعة مهمة لتحسين الجودة - من أهمها مشاركة العاملين . وعليه فلا بد من بذل كل جهد ممكن من قبل الإدارة التنفيذية الرسمية ، وكذلك من قبل المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة : من أجل إعلام كل العاملين ، وليس غالبيتهم أو فقط هؤلاء الذين سمحت الظروف بحضورهم لاجتماعات الفريق ... إلخ . وقد يبدو هذا الأمر صعباً ويتطلب عملاً شاقاً ، ولكن حقيقة الأمر أن المشقة ستكون أكثر بدون القيام به ؛ وذلك بسبب المقاومة الواعية أو غير الواعية التى سيبدونها العاملون الذين لم يتم تعريفهم أو إعلامهم بالعمل .

٢- "إنها جزء من عمل كل شخص من العاملين" - المضامين :

يقال عن إدارة الجودة أنها " تقاد من أعلى وتطعم من أسفل " ورغم فجاجة المقولة إلا أنها ذات مغزى ما . إن الإدارة والتنظيم اللذين تم التعرض لهما حتى الآن يعتمدان على الإدارة العليا والسرييين فى تطوير خطط عمل إستراتيجية للوحدات والإدارات . وبمجرد إخطارها بالمطلوب فإن أغلبية العاملين على المستوى التشغيلي يجب عليهم الاقتناع بأن مسؤولية ترجمة هذه الخطط والنوايا للحفاظ على ترفيع وتجويد الأداء فى أداء واجباتهم الوظيفية المحددة لهم تقع على عاتقهم . وهذه الدافعية يجب تشجيعها عن طريق السبل التالية :

- الالتزام الشخصى الذاتى .

- موالاة الفريق .

- الرغبة فى الوفاء بتوقعات المديرين مقابل تقديرهم للعاملين وتدعيمهم .

٣- فرق تحسين الجودة :

إن مشاركة العاملين في مختلف جوانب إدارة الجودة الشاملة بصورة عامة ، وفي حل المشكلات بصورة محددة ، يمكن تحقيقها من خلال التطوير الإبداعي لفرق تحسين الجودة (QITs) ودوائر أو حلقات الجودة (QC) ، وهي مبادرة تم التعرض لها بالتفصيل في الفصل التاسع .

إن هذا الأسلوب المدمر (Subversive) لرفع مستوى الجودة ، يعتبر حتمياً وضرورياً لمعاونة وتدعيم أى نوع من الهياكل الإدارية ، حتى أكثرها فعالية وإيجابية .

وكما هو الحال في كل أسرة ، فإن العاملين يحتاجون إلى الشعور بقدرتهم على التفاعل والتعامل برد الفعل ، وتجاهل أو حتى معارضة إدارتهم ولكن بصورة بناءة ومقبولة . ويمكن أن توفر فرق تحسين الجودة مثل هذه الفرصة ، كما أنها تساند الطرق الرئيسية التالية المطروقة لزيادة مشاركة العاملين - انظر هذه المساحة للمزيد من التفاصيل .

الفصل الرابع

قياس وتمسين الجودة

مقدمة :

من العناصر الأساسية فى إدارة خدمات الرعاية الصحية هى القدرة على القياس .
ونعنى بالقياس القدرة على تحديد مسائل مثل : أين نحن الآن ؟ أين نريد أن نكون ؟
وأيضاً قياس الجوانب الأساسية المرتبطة بتقديم الخدمة الصحية . فى الفصل
السادس سنعرض لتفاصيل تتعلق بسبل وضع المستويات المعيارية وكيفية مراقبتها ،
وكلها جوانب يربط غالبية العاملين بالخدمة الصحية الوطنية بينها وبين مفهوم القياس .

وفى هذا الفصل نتناول أربعة جوانب أساسية فى مفهوم القياس وكلها ترتبط
بالمراحل الأولية فى تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى قطاع الرعاية الصحية . وتتمثل
هذه الجوانب الأربعة فى التالى :

- ١- الاستعداد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والنشاط الحالى لتحسين الجودة .
- ٢- الأطر العامة للقياس فى قضايا الرعاية الصحية الأساسية ، مثل : البيئة
والعيادات الخارجية .
- ٣- قياس تكاليف الجودة .
- ٤- استخدام المعلومات البصرية والخرائط .

الاستعداد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والنشاط الحالى لتحسين الجودة :

إن المرحلة الأولى فى العديد من برامج إدارة الجودة الشاملة تحتاج إلى نوع من
التشخيص المناخ السائد والموقف الذى ستطبق فيه هذه البرامج . والخلفية التى سيتم
عبرها إجراء المراجعة التشخيصية قد تمت الإشارة إليها بصورة موجزة فى دراسة
(كوش - Koch) . إن السمات العامة للطرق المختلفة لتقييم المناخ التنظيمى تتمثل
فيما يلى :

الاستعدادات أو المواقف العامة :

إن بعض استبانات القوائم البسيطة يمكن أن تكون مفيدة عند بدء النقاش حول مناخ التنظيم ، كما يوضح ذلك الشكل رقم (٤-١) ، ومثل هذه الاستبانات البسيطة يمكن تطويرها لأشكال أكثر تفصيلاً . ومن الاستبانات المماثلة ما استخدمته مجموعة "PA" الاستشارية في دراستها حول مستشفى "ترافورد العام بمانشستر" الذي كان أحد المواقع الأساسية لتجارب الخدمة الصحية الوطنية "NHS" .

الشكل رقم (٤-١) : التقييم الثالث (مواقف)

رجاء توضيح رؤيتك حول كل سؤال بوضع علامة (س) أمام المربع المناسب . ونرجو وضع علامة واحدة أمام كل سؤال .

١ متدنٍ	٢	٣	٤	٥ عالٍ

١- ما مدى جدية الإدارة حول الجودة ؟

٢- ما مدى جدية العاملين حول الجودة ؟

٣- ما مدى جديتك أنت حول الجودة ؟

٤- إلى أى مدى يتمتع الموظفون بمعنويات عالية ؟

٥- كيف تقيم الوحدة في مجال التطوير الإداري / التوعوية الإدارية ؟

٦- كيف تقيم الوحدة في مجال اتصالات الموظفين ؟

الشكل رقم (٤-٢) سلطة ترافورد الصحية
مبادرة الجودة الشاملة - استبانة الموظفين - آذار (مارس) ١٩٩٠م

عدد الاستجابات										
أ	ب	ج	د	هـ	و	ز	ح	ط	ي	ك
١٢٤	٦٢	٣٥	٤١	٦٢	٨	٢٠	٢٨	١٥	٣١	٢٢
صافي النسب للتصورات الموجبة أو السالبة										
٧٣	٧١	٧١	٨٥	٦٠	٨٨	٤٠	٥٥	٨٧	٧٧	٧٧
١- إنني أدرك ما تحاول سلطة ترافورد الصحية أن تحققه .	٢٨-	٢٤-	٢٤-	٥٦-	١٦-	٦٢-	٢٠-	٣٤-	٤٠-	٢٣-
٢- إن كل العاملين في سلطة ترافورد الصحية يشتركون في الأهداف العامة .	٦٦	٦٨	٧١	٥٤	٦٩	٣٨	٧٠	٥٥	٥٣	٦٨
٣- إن سلطة ترافورد الصحية تقدم خدمة صحية جيدة في المنطقة .	٣١	٤٥	٢٠	١٠	٢٩	١٣	٥٠	٣٧	٢٠	٤٥
٤- إن سلطة ترافورد الصحية تقدم أقصى خدمة صحية متميزة في إطار مواردها .	٩٤	٩٠	٩٧	٩٥	٩٤	٧٥	٩٠	٩٥	٩٣	٩٠
٥- إنني أحاول باستمرار أن ألبى احتياجات عملائي (داخلياً وخارجياً) .	٩٠	٨٧	٩٧	٨٨	٩٤	١٠٠	٨٥	٨٧	٨٧	٩٠
٦- إن إدارتي تحاول باستمرار تلبية احتياجات كل عملائها .	٥٧	٦٠	٥٧	٧١	٥٠	٣٨	٥٠	٥٣	٥٣	٦١
٧- إن سلطة ترافورد الصحية تحاول باستمرار تلبية احتياجات كل عملائها .	١٦	٢٩	٢٦	٣٢	١١	١٣	١٥	١١	١٣	١٣
٨- إن الإدارة تشجع بصورة إيجابية الاقتراحات المتعلقة بتقديم خدمة ذات جودة حسنة .	٢٢-	٢٦-	٦-	٢٢-	١٠-	٥٠-	١٥-	٢٩-	٤٠-	١٣-
٩- إن دائرة خدمتي / تخصصي لها خطة أعمال .	٣-	١١-	٢	٥-	٢٥-	١٠-	٥-	٧-	٦-	٩
١٠- إنني أدرك / أفهم خطة أعمال خدمتي / تخصصي .	١٩-	٣١-	٠	٤٤-	١٠-	٢٥	٥	٨-	٣٣-	٤٢-
١١- إن سلطة ترافورد الصحية تعمل بنشاط لرفاهية الموظفين .										

(تابع) الشكل رقم (٤-٢) : سلطة ترافورد الصحية
مبادرة الجودة الشاملة - استبانة الموظفين - آذار (مارس) ١٩٩٠ م

أ	ب	ج	د	هـ	و	ز	ح	ط	ي	ك
١٢٤	٦٢	٣٥	٤١	٦٢	٨	٢٠	٢٨	١٥	٣١	٢٢
صافى النسب للتصورات الموجبة أو السالبة										
١٩	١٥	٣٧	٢٤	٢١	١٣	٢٥	١٨	٤٠	١٩	١٤
١٢- هناك قليل من التعارض بين الإدارات .	٥٢	٥٥	٥٤	٤١	٦١	٦٢	٥٥	٢٧	٦١	٦٤
١٣- إن رئيسى المباشر يعتبر محفزاً جيداً .	٤٣	٣٩	٥١	٣٧	٤٧	٧٠	٥٣	٠	٤٨	٣٦
١٤- إننى أعامل دائماً باحترام .	١٠	١١	٢٠	٥-	١٦	١٣-	١١	٢٧-	٢٣	٩
١٥- إن سلطة ترافورد الصحية تعطينى المهارات والمعارف اللانمتين .	٤٨	٤٨	٦٣	٢٤	٥٠	٧٥	٧٠	٣٤	١٣	٦٨
١٦- يتم تشجيعى دائماً لتحديد المشاكل القائمة والمحتملة .	٣٢	٣٧	٣٤	٤٤	٣٧	٣٨	٢٥	٣٩	٢٣	٥٠
١٧- تتسم الإدارة بالنزاهة .	٦٢	٦٣	٦٦	٦٣	٦٠	٣٨	٥٥	٥٨	٦٧	٧١
١٨- تتصف الإدارة بأنها حاسمة .	٦٧	٦٩	٦١	٧١	٦٥	٧٥	٥٥	٥٨	١٠٠	٦٥
١٩- إننى أعرف مستويات الأداء الواجب على تحقيقها .	٢٠	٢٤	٩	٤٦	٨	١٣-	٢٥	٤٢	٢٧	١٠٠
٢٠- لدى مقاييس للأداء تمكنى من مراقبة أدائى .	٤٥	٤٨	٥٤	٥٤	٤٢	٦٣	٢٥	١١	٧٣	٧١
٢١- الطريقة التى نؤدى بها أعمالنا تراجع وتحسن .	٥٢	٥٦	٤٠	٤١	٦٣	٧٥	٦٥	٥٥	٤٧	٦١
٢٢- إننى دائماً أعرف ما يتوقعه عملائى منى .	١٦	١٣	٢٠	٢٢	١٠	٠	٢٠	٢٩	٧-	١٩
٢٣- إن الموردين يعرفون دائماً ما أتوقعه منهم .										

يقصد بالرموز الواردة فى الاستبانة ما يلى :

أ = الموظفون فى سلطة ترافورد الصحية	ب = الموظفون فى المستشفى	ج = المجتمع
د = أعضاء الهيئة الإدارية	هـ = أعضاء من خارج الهيئة الإدارية	و = Stk
ز = Nth	ح = الإدارة	ط = أعضاء الهيئة الطبية
ي = أعضاء هيئة التمريض	ك = أعضاء الهيئة الطبية المساعدة	

خصائص إدارة الجودة الشاملة وأهمية الوعي بها :

قبل تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة ، فإن تقييم مدى توافر المعرفة والوعي بالعمليات المرتبطة بها فى الوحدة قد يكون عاملاً مساعداً فى نجاح التطبيق . إن القائمة التى يحتويها الشكل رقم (٤-٣) قد تم استخدامها فى إحدى الوحدات فى بداية البرنامج الذى تم تطبيقه بها ، وقد غطت القائمة خمس مسائل هى :

- الوعي .
- المشاركة .
- معلومات التغذية المرتدة من العميل .
- توفر المعلومات للمرضى .
- وضع أو إيجاد مقاييس للجودة .

الشكل رقم (٤-٣) : الالتزام بمراجعة إدارة الجودة الشاملة

الإدارة :		
خصائص إدارة الجودة الشاملة		
الحالية	الخطط المستقبلية	
		<p>١- الوعى والالتزام بضمان الجودة وإدارة الجودة الشاملة :</p> <p>أ- هل اطلع كافة موظفيك على إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة ؟</p> <p>ب- هل اتفق الموظفون من حيث المبدأ مع مستويات هذه الإستراتيجية ؟</p> <p>ج- هل يرغب الموظفون من حيث المبدأ فى تحسين الجودة ؟</p> <p>د- هل بإمكان الموظفين من حيث المبدأ تطبيق بعض تحسينات الجودة بأنفسهم ؟</p> <p>٢- مشاركة جميع الموظفين بالإدارة فى قضايا الجودة :</p> <p>أ- هل لك مناقشات منتظمة مع جميع الموظفين بخصوص قضايا الجودة أو قضايا تحسينها ؟</p> <p>ب- هل تشجع صفار الموظفين والموظفين الجدد على استحداث أفكار جديدة فيما يتعلق بتحسين الجودة ؟</p> <p>ج - هل لك مجموعات خاصة أو اجتماعات محددة لإيجاد تحسينات للجودة (على سبيل المثال "حلقة للجودة") ؟</p>

(تابع) الشكل رقم (٤-٣) :

		<p>٢- الحصول على معلومات التغذية المرتدة من المرضى/الأقارب :</p> <p>أ- هل تقوم بصورة منتظمة بإجراء مسوحات للوقوف على آراء المرضى (فصلياً ، سنوياً) ؟</p> <p>ب- هل تراجع الشكاوى التي تصلكم (فصلياً) للاستفادة والتعلم منها ؟</p> <p>ج- هل لكم أى شكل من أشكال الاجتماعات مع المستفيدين (فصلياً مثلاً) للسماح للمرضى بالتعبير عن آرائهم ؟</p> <p>٤- إعطاء المرضى معلومات جيدة الإعداد ومتناسبة :</p> <p>أ- هل تعطون المرضى معلومات مكتوبة ؟</p> <p>ب- هل أنت راخِر عن مستوى المعلومات المكتوبة ؟</p> <p>ج- هل لك خطط لتطوير مسألة إعطاء المزيد من المعلومات المكتوبة ؟</p> <p>٥- تم وضع مقاييس تميز بها بلى :</p> <p>أ- أنها مفهومة من قبل جميع الموظفين .</p> <p>ب- أنها تراجع بصورة منتظمة (كل ستة أشهر أو سنوياً) .</p>
--	--	---

النشاط الهائى ومبادرات الجودة :

من الأساليب الواقعية لتقييم استعداد الجهة المقدمة لخدمة الرعاية الصحية لتبنى مشروع متكامل لإدارة الجودة الشاملة هو تنفيذ برنامج لمراجعة تحسين الجودة . ويتطلب هذا استخدام استبانة مفتوحة ومنظمة ؛ وذلك لمنح مدير الجودة الفرصة لمعرفة المبادرات الحالية والنشاط القائم للجودة فى وضع يمكن من تطويرها . وهذا الأمر لا يعنى قياساً لمستوى الجودة الحالية ، بل إنه فقط يقيس أو يراجع العمليات المتصلة بالجودة .

لقد تم اختيار عدد محدود من العوامل / المحددات التى تم توزيعها لرؤساء وحدات التشغيل (المديرين السريريين ، ورؤساء الأقسام ، ورئيسات عنابر التمريض) لإكمالها

وإرجاعها في مدة تترجح بين (٤ ، ٨) أسابيع . ويعطى الشكل رقم (٤-٤) مثلاً على الإطار الذي تم توزيعه .

الشكل رقم (٤-٤) : نموذج مراجعة تحسين الجودة

مبادرات تحسين الجودة	
النشاط	الممارسة السريرية
	وضع المقاييس ومراقبة مدى امتثال إدارات وأقسام الوحدة بها
	المعلومات للمريض
	المراجعة السريرية والإدارية
	البيئة الطبيعية
	مدى التقدير لقيمة خدمات الموظفين
	معلومات التغذية المرتدة من المرضى
	الاتصالات
	التدريب

إن الاستبانة الموضحة آنفاً تغطي مراجعة الجوانب التالية :

- الممارسة السريرية .
- وضع المقاييس ومراقبتها .
- معلومات المرضى .
- المراجعة السريرية والإدارية .
- البيئة الطبيعية .
- مدى التقدير لقيمة خدمات الموظفين .

إن هذا الأسلوب يؤكد على فكرة أن إدارة الجودة الشاملة ليست جديدة ، وأن نشاط تحسين الجودة هو واقع حي معاش في كل الإدارات بدرجة أو بأخرى . إن تجميع وتبويب مثل هذه المعلومات يعضد شعور الموظفين بأن نشاط تحسين الجودة الحالي ، رغم أنهم قد لا يسمونه كذلك ، هو أمر قيم وجدير بالتقدير والاعتراف . وبمجرد تجميعها وتبويبها فإن توصيل هذه المعلومات للموظفين مرة أخرى يعتبر أمراً هاماً وأساسياً .

١- رسالة مؤيدة من قبل المدير العام (أو المدير التنفيذي) للوحدة الصحية ، مقدمة من مدير عام الوحدة وهي تعبر عن نفسها :

" ١٧ من شباط (فبراير) ١٩٩٢م

الزميل العزيز :

في أيار (مايو) من العام السابق قمت بالاتصال بجميع المديرين والموظفين السريريين في الوحدة طالباً معلومات بشأن مبادرات تحسين الجودة تحت التنفيذ في العنابر والإدارات . وقد قمت بطلب هذه المعلومات للتمكن من وضع صورة حول

المبادرات المتعددة والمتباينة التي تم تطويرها من قبل الأجنحة والإدارات منفردة . وهذه المعلومات يمكن استخدامها كخط قاعدى للاستفادة منها فى تطبيق إستراتيجية " نحو جودة شاملة " . إننى ، وزملائى نعتقد أنه من الأهمية بمكان أن نسعى لفهم وتقدير الجهود الكبير الذى تم بذله لتحسين الجودة ، وذلك قبل الشروع فى إطلاق مبادرة " نحو جودة شاملة " ؛ لذلك كان مسعانا للاستفادة مما تم عمله من قبل على هذا الصعيد .

فيما يلى ملخصاً لما وردنا من ردود واستجابات . إن القائمة مشرفة وتوضح الحماس الفائق والتزام الموظفين فى الوحدة وسعيهم الدائم لتقديم خدمة تتسم بالجودة العالية . ولنا أن نكون فخورين بهذا .

إن إستراتيجيتنا " نحو الجودة الشاملة " قد تم إطلاقها فى نهاية تموز (يوليو) من العام المنصرم . وإنها سوف تساعد فى تعزيز وموازرة وتأكيد الالتزام القائم حالياً . إن قدراً كبيراً من العمل قد سبق بذله وتطويره وهناك أعمال أخرى يتم تدارسها من قبل فريق تحسين الجودة .

إنى متأكد أن هذا الموجز يعطينا كلنا رسالة واحدة - وهى أن إستراتيجيتنا نحو الجودة الشاملة راسخة وعلى أساس متين يمهد للبناء عليه .

المدير العام للوحدة

"وحدة أولويات خدمات الرعاية"

٢- من المهم عرض المعلومات بصورة تسهل قراءتها واستيعابها . عندما ترد المعلومات للمرة الأولى فإن عملية تبويبها تكون شاقة . ولكن حتى تكون المعلومات معروضة للتقييم من قبل الموظفين ، أو لإتاحة الفرصة لهم للاستفادة والتعلم منها ؛ فلا بد من وضعها فى صورة جاذبة . ويوضح الشكل (٤-٥) طريقة إعداد وتبويب المعلومات .

الشكل رقم (٤ - ٥) تبويب الأنشطة المتصلة بتحسين الجودة

أولوية خدمات الرعاية في فال أيلسبرى

البيئة الطبيعية :

إن زوار وحدتنا المتعددة يكونون انطباعاً سريعاً ومباشراً من شكل التسهيلات المتاحة بها . إن شكل ومحتوى المباني التي تقدم فيها خدمات الرعاية هام جداً للحصول على رضا المرضى والعلاء ونويعهم . إن المبادرات القائمة حالياً بشأن البيئة الطبيعية تشمل ما يلي :

- الرقابة على المواد الخطرة .
- أنظمة الأمن والأمان (الصحة والسلامة) .
- التقرير وثيق الصلة مهما كان صغيراً بشأن المسائل المتعلقة بالصحة والسلامة وتقديم التدريب المناسب .
- تقييم معدلات الحوادث .
- صيانة ترميم المقار السكنية : إزالة المخاطر بما فيها تلك المتعلقة بالعملاء .
- تغيير / صيانة العدد والأدوات والآلات والأثاث .
- توافر موارد الإدارة للصرف على تحسينات البيئة ذات التكاليف المنخفضة .
- مشاركة العاملين في تحديد متطلبات العدد والأدوات .
- جدولة تحسينات الديكور .
- أوقات الانتظار : نظام المواعيد الفردى - مراجعة أوقات الانتظار .
- مراجعة الإمدادات الخاصة بنماذج الاختبارات النفسية / ومواد الطلبات .
- مشروع تعليم نوى عاهات الحواس المتعددة .
- مراعاة الخصوصية في السكن وجعله مقارباً لسكن المريض ما أمكن .
- تحديث برامج الصيانة المخطط لها .
- كيفية الوصول الجغرافى للعيادات .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ٥) :

الاتصالات مع الموظفين :

إن الاتصال الفعال وتبادل المعلومات والتفاهم بين الأقسام والمستشفيات ومواقع تقديم الخدمات قد أوضحت ، ويتزايد مطرد ، من المسائل المهمة للتأكد من أن الخدمات تقدم وتستقبل بصورة معقولة . إن المحاولات الرامية للتخلص من مقولة " إنهم لا يخطروننا بأى شئ " تركز على التالى :

- المجلة الشهرية لإدارة السلامة (الصحة والسلامة) .
- النشرة الإخبارية الداخلية للوحدة .
- إستراتيجية الإدارة للاتصالات .
- تلخيص الوضع للفريق .
- مجموعات الموظفين غير الرسمية .
- اجتماعات التوعية بالجودة حسب خطة الوحدة .
- التوزيع الشهرى لمؤشرات وأرقام الأداء (الصحة والسلامة) .
- دليل العاملين للعناية بالقدم ومعالجتها .
- سياسة " الباب المفتوح " للعناية بالقدم ومعالجتها .
- معلومات التغذية المرتدة من الموظفين ذات الصلة بالخدمات .
- اعتماد (علاج التأهيل المهني) .
- مراجعة النظراء لتحسين الجودة .
- مجموعات دعم الموظفين .
- معاونة التوقف عن التدخين .
- خدمة تكوين أو بناء فرق العمل .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ٥) :

- مشاركة الموظفين في التخطيط للخدمات (خاصة للجوانب التخصصية) .
- مجموعة عمل الجودة (جناح كروم ول) .
- النقطة الواحدة لاتصالات الصيانة .
- الممتلكات / العقارات التي يتطلبها تقديم خدمات جديدة .
- انسياب ربود خدمات المحاسبة الإدارية .
- اجتماعات الموظفين حول معلومات التغذية المرتدة (المتعلقة بالأمور المالية) .
- تطوير فريق M/D :
- قضايا الجودة في التوظيف .
- نظام فريق العناية بالقدم ومعالجتها .
- سياسة الباب المفتوح من قبل مدير المستشفى للتشغيل .

تدريب الموظفين :

هناك العديد من العناصر الهامة المؤثرة في تحسين الجودة . ومنها التعليم المستمر ، ورفع درجة الوعي ، وأساليب تدريب جميع الموظفين على أحدث وسائل تقديم الخدمة وتنظيم العمل . كما أن هناك العديد من الطرق لتدريب الموظفين على سبل التعرف على الاحتياجات التدريبية وتحديد أنواع التدريب المناسبة ، وكذلك سبل تقييم التدريب المقدم . ونعرض فيما يلي بعض أبرز هذه الأساليب :

سبل / مصادر تحديد الاحتياجات التدريبية :

- لجنة الصحة والسلامة .
- اجتماعات الإدارة (القسم) .
- ممثلو صحة وسلامة الموظفين .
- مناقشات منتدى (نادي) المجلة .
- مراجعة سجلات الحوادث / الأحداث الحرجة .
- مسوحات العاملين .
- مراجعة تقويم أداء الموظفين .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ٥) :

أنواع التدريب :

- الاستقراء .
- تدريب المحرومين من التدريب .
- التدريب على رأس العمل (الخدمة) .
- التدريب الاستشارى .
- (COSSH) .
- تدريب لجنة مراجعة النظراء لتحسين الجودة فى مجال الرعاية المستمرة .
- التعامل مع الأعباء فى العمل .
- التأهيل الإبراكى .
- مبادئ الصحة والسلامة .
- تسهيل / تأهيل الموظفين العاملين فى مجال الخدمات المساندة .
- التدريب فى مجال سلامة الأطعمة .
- التدريب على التحميل والرفع والنقل .
- التدريب فى مجال طهى الأطعمة وتبريدها .
- التدريب فى مجال الإدارة المالية .
- ملاحظات ومتابعة عيادة الأطفال (علاج النطق) .
- تدريب CPR الأساسى (الأسنان) .
- التدريب على استخدام كاميرا الفيديو (علاج النطق) .
- التدريب فى مجال النقاة (الأسنان) .
- التدريب فى مجال C. M.H.T. .
- الوقاية من الإشعاع .
- التدريب الإدارى لموظفى الاستقبال .
- التدريب فى مجال إطفاء الحريق والتعامل معه فى حال حدوثه .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ٥) :

تقييم التدريب :

- استبانة تقييم الصحة والسلامة .
- إستراتيجية تدريب الجوانب الواضحة في مجال الصحة والسلامة .
- المراجعة غير الرسمية مع الموظفين .
- معلومات التغذية المرتدة عن الدورات التي تم حضورها .

الحصول على النتائج المرجوة بشكلها الصحيح من أول محاولة

- وضع المقاييس ومتابعتها .
- المراجعة السريية والإدارية .

من العناصر الرئيسية لنجاح برنامج إدارة الجودة التأكد من أن كافة العاملين لهم مستويات معيارية تتسم بالوضوح ويمكن قياسها . ومن المهم كذلك أن تكون هذه المستويات مكتوبة وموثقة ويتم استخدامها بطريقة تمكن من مراقبتها بانتظام . وهذا الأسلوب يتيح للعاملين إمكان تقييم مستوياتهم المهارية العالية وتقدير عملهم والإشادة به ، كما يُمكن من مراقبة مستويات الأداء المتدنية وتحديدها بغرض تحسينها .

القضايا التي يتم تناولها عند وضع مقاييس الجودة :

- سجلات التدريب .
- الاستقطاب والاحتفاظ بالعاملين .
- تقييم التدريب .
- تعديل الميزانية .
- وعى الموظفين .
- مقاييس الجودة الاحترافية .
- معدلات الحوادث والأحداث الحرجة .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ٥) :

- طلبات / شراء الطعام .
- التشريعات والقوانين المعمول بها .
- مراجعة إجراءات النظافة الصحية .
- استخدام خدمات المعلومات .
- مراقبة أوقات الانتظار (علاج النطق) .
- معدلات المرض .
- الكشف الطبى العام - (قبل التعيين) (علاج النطق) .
- الحصول على الجوائز والاستحقاقات الخارجية .
- تقرير مفتشية الخدمة الصحية الخارجية .
- المقاييس الخاصة بالعملاء (علاج النطق) .
- الأمراض المهنية / معدلات الحساسية .
- المقاييس العامة لضمان الجودة .
- الاختبارات الصحية (التشخيص المبكر) : قبل التعيين / خلال العمل .
- OT / علم النفس السريرى .
- التطعيم الدورى .
- مقاييس التمريض .
- معالجة الموظفين حسب أولوية الحالات .
- مقاييس المحاسبة الإدارية .
- استخدام الصحة المهنية .
- أدلة الأنظمة : (الإدارية / الصحة العقلية) .
- مقاييس العلاج الطبيعى .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ٥) :

مجموعة / لجنة مراقبة المقاييس :

- لجان مراقبة الصحة والسلامة : الحريق ، مراجعة السياسات ، العنف ، COSSH ، التعامل مع الأعباء أثناء العمل ، متطلبات عام ١٩٩٢م
- لجنة /مجموعة مراقبة الأغذية ، وفرق المراقبة ذات التخصصات المتعددة .
- مجموعة ضمان جودة العلاج المهنى .
- التمريض (LD) .

طرق المراقبة الأخرى :

- نماذج تقويم أداء الموظفين . دليل أنظمة (الإدارة / الصحة العقلية ، أى التوثيق الرئيسى لجميع الأماكن) .

التعديل الظاهر لعدم الالتزام بالمقاييس الموضوعية :

- مبادئ التغذية الصحية .
- المعلومات التى تمت الاستفادة منها فى إعداد نسخة هذا العمل وردت من الجهات التالية :
- الإعاشة (التأمين الغذائى) .
- خدمات التعاقد والتخطيط .
- التغذية العلاجية .
- خدمات علاج النطق واللغة .
- الصحة والسلامة .
- خدمات العناية بالقدم ومعالجتها .
- الخدمات المساندة .
- علم النفس السريرى .
- الخدمات المالية والمعلوماتية (الإعلامية) .
- العلاج المهنى .
- طب أسنان المجتمع .
- التمريض (وحدات تمريض الصحة العقلية للحالات الحادة ، تمريض المجتمع ، تعليم المعوقين ، تمريض حالات التأهيل الطبيعى) .

القياس العام للجودة :

في محاولتهم لتنظيم أسلوب كلى لتقديم رعاية وخدمة تتسم بالجودة ، يراوح الممارسين من نوى الخبرة ، سواء أكانوا من السريريين أم غير السريريين ، بين أبعاد نموذج (أسلوب) يقوم على أساسين هما : الاحتراف والعين الخبيرة ، وفي هذه العملية تتم الاستفادة من مزايا مثل : النضج ، والخبرة ، والتدريب السابق للحصول على انطباع بشأن ارتفاع أو تدنى مستوى الجودة . إلى جانب ذلك ، فإن أسلوب قائمة التحقق المنتظمة للجودة (Systematic Checklist Approach) يؤدى إلى البحث عن قوائم محددة للجودة فى بعض الجوانب . كما أن الخبرة فى التعامل مع هذين الأسلوبين (أى أسلوب الاحتراف والعين الخبيرة ، وأسلوب القائمة المنتظمة) تعلم الفرد أنهما يكملان بعضهما بعضاً ، ويتسمان بالقصور إذا تم التعامل مع أحدهما بمعزل عن الآخر . إن القوائم لا نهاية لها فى أى منظمة ، ولكننا نذكر أدناه بعض الأمثلة على القوائم المختلفة المعمول بها فى نظام الخدمة الصحية الوطنية . ونشير إلى أن هذه القوائم ليست حصرية ، كما أن النماذج المختلفة يمكن أن تساعد فى توعية مديري الجودة فى كيفية التعامل مع مهامهم المتصلة بقياس مستويات الجودة .

القبول الاجتماعى للرعاية :

كجزء من سعى السلطة الصحية فى منطقة الجنوب الغربى الإقليمية لتحديد العوامل المتصلة بالقبول الاجتماعى لتقديم خدمة الرعاية الصحية ؛ قامت الجهات المختصة فى هذه السلطة بتحديد قائمة تحتوى على (٢٧) بنداً باعتبارها مناسبة للهدف من الاستقصاء :

السلطة الصحية فى منطقة الجنوب الغربى الإقليمية

القبول الاجتماعى للرعاية

قائمة التحقق من الجودة

تتضمن قائمة التحقق من الجودة عناصر تتصل بكل من : البيئة ، والخدمة الشخصية ، ورعاية الموظفين العاملين ومساندتهم ، وذلك على النحو التالى :

١- البئة :

أ- الانطباع الأول الخارجى / وضع اللافتات والإشارات الدالة على الخدمة الصحية .

ب- مواقف السيارات .

ج- المداخل التى يمكن استخدامها .

د- الانطباع الأول الداخلى / وضع اللافتات والإشارات الدالة على مواقع مختلف الخدمات داخل الوحدة الصحية .

هـ- أمكنة الاستقبال (مواقع استعلامات المرضى) .

و- أماكن الانتظار .

ز- اللوحات الفنية واللمسات الجمالية فى الأماكن العامة / وأماكن المرضى .

ح- الممرات .

ط- البئة المحلية (الأجنحة ، العيادات ، ... إلخ) .

٢- الخدمة الشخصية :

أ- رسالة المنظمة / القيم التنظيمية للعملاء .

ب- تقديم المعلومات للمرضى وأقاربهم .

ج- منح / إعطاء صلاحيات للعاملين / السعى نحو إيجاد خدمة شخصية .

د- مساندة الإدارة من خلال توفير التسهيلات اللازمة .

هـ- مواقف العاملين والقضايا السلوكية .

و- مقاييس الخدمة الشخصية وخدمات الرعاية غير السريرية .

ز- مشاركة العميل .

ح- مظهر العاملين (الزى ، ... إلخ) .

٣- رعاية ومساندة العاملين :

- أ- رسالة المنظمة / القيم التنظيمية - للعاملين .
- ب- عمليات الاستقطاب والاختيار .
- ج - الاستقرار وتتبع الجزئيات للوصول إلى حكم نهائى .
- د - التعليم والتدريب .
- هـ - عمليات المراقبة والتقييم .
- و- تسهيلات العاملين .
- ز- خدمات العاملين .
- ح - الاستشارات الإدارية / إدارة الأزمات وإدارة التغيير .
- ط - التحضير للتغيرات الديموغرافية (السكانية) .
- ي - إعلام العاملين .

هذا ، ولقد تم تطوير الشكل رقم (٤-٦) لعمل قائمة تحقق مفيدة تسمح بإيجاد بيئة لأعمال الجودة بحيث تركز على جانب واحد من جوانب الجودة المتعددة هو : البيئة الطبيعية كما يراها المريض أو الزائر للمستشفى . والهدف من هذه القائمة هو تحديد المشكلات التى يجب مجابتهها .

الشكل رقم (٤-٦) : إيجاد بيئة للجودة

الجودة مهمة كل فرد

إيجاد بيئة للجودة

قائمة بقضايا الجودة والبيئة الطبيعية

سلطة الجنوب الغربي الإقليمية للصحة
تشرين الأول (أكتوبر) ١٩٩٠م

مقدمة :

نعيد نص ما تم التركيز عليه في المادة رقم (E 90 - MB 17) من الكتاب الأبيض : إن الأهمية الكبيرة التي يوليها الوزراء هي للجوانب المتعلقة بمستوى جودة الرعاية ، وتقديم الخدمات ذات الحساسية لاحتياجات العملاء في كافة نطاق الخدمة الصحية الوطنية ، والتي تتطلب من السلطات الصحية الحث على إيجاد وسائل وإجراءات لتقويم وتطوير جودة الخدمات وعلاقات العملاء .

لقد تم تخصيص الموارد المالية للسلطات الإقليمية الصحية من قبل وزارة الصحة لتطوير مثل هذه المبادرات ، ويمكن الاستفادة من جزء من هذه الموارد لتحسين البيئة الطبيعية .

إن سلطة الجنوب الغربي الصحية قد قامت فعلاً باتخاذ خطوات إيجابية في هذا الاتجاه عن طريق ابتداء إطار يتضمن موضوعات الجودة ويؤكد هذا الإطار على "... أن شعارات الجودة قد تمت ترجمتها إلى فوائد محسوسة على أرض الواقع " .

إن قائمة التحقق التالية قد نُظِّمَتْ (رتبت) على شكل استبانة . وتركز على جانب واحد من جوانب الجودة وهو ما يتصل بالبيئة الطبيعية كما يراها المريض أو الزائر للمستشفى . والهدف من القائمة هو تحديد المشكلات التي تستلزم إلى مواجهتها . وهذه القائمة ليست شاملة ، كما أنها لا تسعى إلى إيجاد حلول .

تابع الشكل رقم (٤-٦)

	معلومات المريض - قائمة بقضايا الجودة والبيئة الطبيعية
	<p>١- المعلومات حول المواعيد :</p> <p>أ- هل الإرشادات والمعلومات الخاصة بحضور المواعيد محددة بشكل واضح ؟</p> <p>ب- هل المعلومات الخاصة بمواقع مواقف السيارات ومحطات الحافلات واضحة ؟</p> <p>ج- هل تحتوي المعلومات المتعلقة بمواقف السيارات شيئاً عن رسوم المواقف وإرشادات للمريض/ الزائر حول ماذا ينبغي أن يفعل في حالة امتلاء موقف السيارات ؟</p> <p>د- هل تحتوي المعلومات على مخطط أو منظور تصويري للمستشفى ؟</p> <p>هـ- هل تغطي المعلومات أى تفاصيل بشأن خدمات المقاصف ؟</p> <p>٢- التخطيط للزيارة :</p> <p>١/٢ المشاة :</p> <p>أ- هل تتوافر حافلات / قطارات كافية لنقلك للمستشفى ؟</p> <p>ب- هل تدخل الحافلة إلى موقع المستشفى أم أن المريض يترجل من موقع وقوفه ؟ (إذا كان يترجل منه - أى من خارج المستشفى - فما هى الأسباب التى تحول دون تمديد خدمات الحافلات إلى قرب المدخل الرئيسى للمستشفى؟) .</p> <p>ج- فى حالة دخول الحافلات للموقع ، هل تم توفير مظلات فى محطات انتظار الركاب ؟</p> <p>٢/٢ السيارات :</p> <p>أ- هل تعدّ اللوحات الإرشادية الدالة للمستشفى والموضوعة من قبل السلطات المحلية مرضية ؟</p> <p>ب- هل يستطيع أغلب المواطنين (السكان المحليين/ الغرباء) تمييز اسم المستشفى بوضوح كما هو مبين فى اللوحات الإرشادية ؟</p>

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٢- الوصول للمستشفى :

١/٢ من قبل المشاة :

أ- إلى أى مدى من المستشفى توصلك الحافلة / القطار ؟

ب- هل اللوحات الإرشادية إلى المستشفى واضحة بشكل مرضٍ من المكان الذى أوصلتك إليه الحافلة / القطار ؟

ج- هل ترى أن ممرات المشاة :

- فى حالة جيدة ؟

- محددة الخطوط وواضحة ؟

- مضاعة بصورة كافية ؟

- تمثل الطريق العملى الأقصر للمستشفى ؟ (إذا لم يكن كذلك ، هل يمكن أن تكون أقصر ؟ أو هل هناك سبب يمنعها أن تكون كذلك ؟) .

د- هل هناك أى معوقات فى الطريق الموصل للمستشفى ؟ (على سبيل المثال ، عقود إنشاعات مبانٍ رئيسية) . وإذا كان الأمر كذلك ، هل هذه العوائق وممراتها البديلة موضحة من خلال اللوحات الإرشادية ؟

هـ- هل الحواجز الحجرية متوفرة عند حافة وتقاطع الطرقات بما يسمح بمرور عربات الأطفال وكراسى العجلات ؟

و- هل توجد حواجز حجرية فى مواقع آمنة ؟

ز- هل أخذ تخطيط ممرات المشاة فى الاعتبار سلامة المستخدمين ؟ إن الامتدادات غير المضاعة التى لا توجد عليها مراقبة تعتبر أماكن محتملة للاعتداءات الشخصية .

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٢/٣ بواسطة السيارة :

أ. هل هناك احتياطات قد اتخذت لتحديد سرعة السيارات داخل الموقع ؟ وهل هذه الاحتياطات موجودة على لوحات ؟ وهل هذه اللوحات مضاءة ؟

ب. هل موقف السيارات الرئيسى موضح عن طريق لوحة إرشادية ؟ إذا كان محدداً ، ما هو الحرف أو الرقم الذى توضحه الورقة الإرشادية ؟ أعلاه ؟

موقف السيارات :

أ- إلى أى مدى يكون سهلاً إيجاد موقف للسيارة ؟

ب- هل مسطح موقف السيارات مرضٍ . بمعنى أنه خالٍ من الحفر ، وقوى ، ويعطى إحساساً بالأمان ؟

ج- هل موقع الموقف قريب من المكان الذى تقصده ؟

د- هل مخطط (تخطيط) الموقف سليم ؟

هـ- هل مواقف السيارات واسعة بالقدر الذى يسمح بفتح باب السيارة كله ، وبما يمكن معه التنقل دون عوائق إلى الكرسي المتحرك بمساعدة أو بدون مساعدة ؟

و- هل هناك مواقف سيارات بالقرب من المبنى (المبانى) للمعوقين ، بما يمكن من تقليل المسافة الواجب السير فيها ؟

ز- هل المواقف المحددة للمعوقين فى مواقع تسمح بالوصول إلى مبنى الخدمة دون أن تكون هناك عوائق مثل عربات متوقفة ؟ وهل هى بعيدة عن حركة السير والمرور ؟

ح- هل هناك مساحات مسقفة للدراجات النارية والهوائية ؟

ط- هل الأماكن التى لا يسمح فيها بالوقوف محددة بصورة واضحة ؟

ى- هل هناك علامات (لوحات) كافية تحدد المواقف المحجوزة والطرق المثلى داخل المبنى ؟

ك- إذا كانت طريقة الوقوف بالمواقف "ادفع وخذ تذكرتك وابحث عن موقف" ، فهل هناك آلات لتبديل النقود موجودة فى أماكن مناسبة بالقرب من آلات تذاكر المواقف ؟

ل- هل حقيقة أن المواقف التى تتبع طريقة "ادفع وخذ تذكرتك وابحث عن موقف" موضحة فى ورقة المعلومات ؟ أعلاه ؟

م- هل هناك سلة مهملات قريبة من آلة تذاكر المواقف والأماكن الأخرى فى الموقع ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

إن الانطباع الأول عن المستشفى ينبع من موقف السيارات

- ن- هل يعطى موقف السيارات إحساساً بالسلامة للأشخاص والمركبات ؟
- س- هل تم تصميم وصيانة المخطط والإضاءة للتقليل من مخاطر السرقة ، والتخريب ، والاعتداءات الشخصية ؟
- ع- هل المخطط يعوق المنظر الواضح للعربات / واللوحات الإرشادية ؟
- ف- هل خطوط الرؤية حسنة عند الخروج ؟
- ص- هل هناك حوائط قصيرة ، ولوحات حديدية ، أو لوحات إرشادية يمكن أن تخرب المركبات بسبب عدم الرؤية خلال الرجوع إلى الورد أو عند توقف المركبة ؟
- ق- هل المساحة كافية لإيقاف السيارة ؟
- ر- إذا كان الموقف ممتلئاً ، هل هناك لوحات تشير إلى أن "الموقف مشغول بالكامل" ؟ (انظر أيضاً فقرة ج المذكورة آنفاً) .
- ش- هل تعد اللوحات الإرشادية للاتجاهات من المواقف إلى المستشفى كافية ؟
- ٢/٢ الوصول للمستشفى عن طريق الإسعاف وسيارات الأجرة :
- أ- هل يمكن لسيارات الإسعاف إنزال المرضى تحت مكان مسقوف بالقرب من المدخل ؟
- ب- هل مسطح وقوف سيارة الإسعاف كافٍ ؟
- ج- هل المنطقة المسقوفة لا تسمح بتسرب الماء أو الهواء والأتربة ؟
- د- هل موقف سيارة الإسعاف قريب من المدخل المطلوب ؟
- هـ- هل هناك إمكانية لانتظار سيارة الأجرة بالقرب من المدخل ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٤- اللوحات الإرشادية :

إن اللوحات الإرشادية غالباً ما تكون مصدراً للإرباك (التشويش) في مواقع المستشفى . وقد يكون من المناسب تعيين منسق للوحات الإرشادية للتقليل من هذا الإرباك .

أ- هل المعلومات المبينة في اللوحات واضحة ؟

ب- هل موقع اللوحات مناسب ؟

ج- هل اللوحات تؤدي إلى الإرباك والتشويش أم أنها زائدة عن الحد ؟ (اللوحات الرئيسية المقصود بها هنا هي : لوحة المدخل الرئيسي ، ولوحة قسم الطوارئ ، ولوحة قسم الأمومة والولادة . أما اللوحات الأخرى ، فإنها تكون مطلوبة فقط عند وصول المريض/الزائر إلى مبنى المستشفى) .

د- هل اللوحات مضاعة بصورة كافية ؟

هـ- هل تتبع اللوحات طريقة (HTM 65) ؟

و- هل يتم استخدام الرموز وخطوط التوجيه ؟ وإذا كان يتم استخدامها ، فهل يؤديان الغرض ؟

هـ- الطريق إلى المبنى :

أ- هل الطريق إلى المبنى ممهد ، ومقاوم للانزلاق (سواء أكان مبتلاً أم جافاً) ، وخالٍ من العوائق والمخاطر ؟

ب- هل كل الطرق العامة عرضها (١٢٠٠) على الأقل ؟ (أي أنها موافق عليها في ضوء الشروط الواردة في الوثيقة M - مثلاً اثنان من الكراسي المتحركة لن يستطيعا المرور من هذا العرض) .

ج - هل مستويات الطرق ومنزلاقات الطرق الجانبية تتسق عند التقاطعات ؟ وإذا كانت بعض أجزاء الطرق مرتفعة قليلاً بشكل لا يمكن تفادي حدوثه ؛ فيجب أن تحدد هذه الأجزاء بالوان مضاعة ، وبإضاءة جيدة ، وأن تكون مكسوة بالنفصيل ، وألا يزيد ارتفاعها على (٢٥) ملليمترًا .

تابع الشكل رقم (٤-٦)

د- هل ممرات المشاة ، وسلالم الصعود والهبوط ، والتقاطعات مضاعة ، بما يضمن سلامة المشاة ؟

هـ- هل أرضية الأرصفة فى مواقع تقاطعات الطرق مبنية بشكل يساعد المكفوفين ونوى قصور البصر الحاد على عبور هذه التقاطعات ؟

و- هل الدرابزينات (المتكات) متوافرة فى المنحدرات وأماكن الراحة (على الدرج) على مسافات متقاربة إذا كان المر أو الطريق طويلاً ؟

ز- هل المنزلاقات مصممة بحيث إن الانحدار يكون (١ : ١٠) كحد أقصى ؟

ح- هل المنحنيات لها منزلق طوله (١٠٠) ملليمتر على الأقل على أى جانب مفتوح ؟

٦- الوصول إلى البوابة الرئيسية :

أ- كم كان الوقت الذى استغرقته مشياً من موقف السيارة / أو موقف الحافلة إلى بوابة المستشفى الرئيسية ؟

ب- هل كل المداخل العامة للمبنى/الخدمة مفتوحة (أو يمكن الدخول منها) ؟ (سلم الصعود ١٢ × ١ والأفضل ٢٠ × ١) .

ج- هل بوابات الدخول واسعة بدرجة تسمح بدخول الكرسي المتحرك ؟

د- ألا توجد عتبات بأسفل الأبواب ، أم أنها فى حدها الأدنى ؟

هـ- هل هناك درابزين (أو متكات) للسلالم أو الأدراج ؟ إذا كان الأمر كذلك ، هل يمنع تصميم المتكات تحريك الكرسي المتحرك ؟ وهل هى عالية بالدرجة التى تسمح بحرية حركة الأتزرع بأمان ؟

و- هل مواصفات ومقاييس مساحات الأبواب المرتبطة بها تسمح بفتحها وإغلاقها بسهولة ، وبخاصة لمن يستخدمون الكرسي المتحرك بأنفسهم سواء فى دخولهم أو خروجهم منها ؟

ز- ما هى الأبواب التى يمكن الاستغناء عنها ؟

ح- هل البوابة أو المدخل فى المكان الصحيح ؟

ط- هل يؤدى تعديل موقع البوابة أو إيجاد بوابة أخرى إلى تحسين الأداء الكلى للإدارة ؟

ى- هل تصميم بوابة المدخل الرئيسى مطابق للمواصفة القياسية (HBN 51) ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٧- الانطباعات الأولية عند الدخول :

- أ- هل يمكن ملاقة أو إيجاد مكتب استقبال المرضى بسهولة ؟
- ب- هل شارة أو لوحة مسمى المكتب واضحة وظاهرة ؟
- ج- هل تصميم مكتب الاستقبال وألوانه مرضية ؟
- د- هل أنت مدرك لآى نواقص فى الديكور أو فى الإضاءة أو فى درجة الحرارة أو فى الجو العام ؟
- هـ- ما هى كمية المعلومات المرئية فى شكل : العلامات ، ولوحات الإعلان ، والكتيبات والأوراق الإرشادية ؟ هل هى كثيرة جداً أو أنها باعثة على التشويش أو الإرباك ؟ (إن منسق اللوحات الإرشادية المشار إليه أنفاً يمكنه أيضاً مراقبة وإصلاح لوحات الإعلانات) .

و- هل تم تأمين الموظفين اللازمين فى منطقة الاستقبال ؟

ز- إذا لم يكن الأمر كذلك ، هل يمكن تأمين العدد اللازم لهذه المنطقة بسهولة ؟

ح- هل تم استخدام " شعار الهيئة " فى الزى والتصميم المستخدم ؟

٨- الاستقبال :

- أ- هل موقع مكتب الاستقبال فى المكان المناسب ؟
- ب- هل طاولة المكتب محصورة بحيث يكون المريض أو المراجع دائماً فى مواجهة الموظف ؟
- ج- كيف ؟ هل عن طريق الزجاج المرئى / الزجاج الحاجب / أم الفتحة أو الكوة ؟
- د- هل هناك شىء من الخصوصية للمراجع عند مراجعته لمكتب الاستقبال ؟
- هـ- هل سلوكيات وشخصيات العاملين بالاستقبال مرضية ؟
- و- إذا كان لا بد من " الصف أو الطابور لانتظار المرضى والمراجعين " للخدمة ، هل يتم ذلك حسب الدور ؟
- ز- ما هو النظام المعمول به لمراقبة مواعيد المرضى ؟ هل هو مرضى ؟
- ح- هل يمكن رؤية مكان الانتظار من الاستقبال ؟
- ط- هل يمكن للمرضى المتحركين بواسطة الكراسى النقلة استخدام مكتب الاستقبال بصورة مريحة ويقدر من الخصوصية ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

ينبغي أن يكون لمنطقة الاستقبال إحساس بالانفتاح مع الحرص على الناحية الأمنية .

(فى بعض الأحيان يمكن الوصول إلى نفس هذه النتيجة عن طريق تخصيص منطقة استقبال أخرى تختص بأغراض الأمن وذلك فى قسم الإسعاف والحوادث) ؟

٩- منطقة الانتظار :

أ- هل مناطق الانتظار محمية من تيارات الهواء عندما يتحرك المرضى والمراجعون عند دخولهم أو خروجهم من بوابات الدخول ؟

ب- هل الجو فى هذه الممرات مرضياً ؟ (كما فى ٦ د المذكورة آنفاً) .

ج- هل هناك تسهيلات كافية : آلة مشروبات ، صحف ومجلات ، سلال مهملات ، هواتف ، هواتف مجانية لسيارات الأجرة ، دورات مياه ؟ وهل هناك علامات واضحة لها ؟

د- هل هناك دورات مياه للأشخاص المعوقين ؟

هـ- هل المجلات المتوفرة حديثة ؟

و- هل منطقة الانتظار مريحة ؟

ز- هل توجد معطرات ؟

ح- هل هناك نباتات زينة حول منطقة الانتظار ؟

ط- هل تتنوع كراسى الجلوس من حيث الحجم والتصميم ومواد التصنيع ومدى الراحة ؟

ى- هل يتم تنظيم الجلوس بحيث يوفر للمريض الراحة البصرية ؟

ك- هل يمكن للمرضى الذين يستخدمون الكراسى المتحركة (سواء كانت لهم أو للمستشفى) انتظاراً للعلاج ، الجلوس مع المرضى الآخرين دون إعاقة الممرات أو مناطق أو محطات التمريض ؟

ل- هل الأرضيات مفروشة بالسجاد (الموكيت) ؟

م- هل هناك مناظر يمكن الإطلال عليها من منطقة الانتظار ؟ ولو كان الأمر كذلك ، هل تم التفكير فى توفير صور أو نباتات لجذب الطيور أو الفراشات ؟

ن- هل يمكن استعمال الهواتف والآليات العامة الأخرى من قبل المرضى الذين يستخدمون الكراسى المتحركة ؟ وهل مقابض الأبواب ، وأداة الاتصال بالهاتف ، وتحويل المكالمات ، ومقبض الهاتف وبقيّة وسائل التحكم الأخرى يمكن استخدامها بسهولة من قبلهم ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

س- هل هناك أعمال فنية على الجدران ؟

ع- هل يمكن استخدام منطقة الاستقبال كمعرض للأعمال الفنية (للفنانين التشكيليين المحليين ، والمدارس ، والكليات) أو كمكان لبيع هذه الأعمال سواء للفنانين أو كمصدر دخل للمستشفى ؟

ف- هل مناطق الانتظار مناسبة لتكون مكاناً لعرض التحف أو التماثيل ؟

ص- هل المواقع الخارجية والتي تمت إضافة نباتات أو مظلات واقية من البرد لها ، تسمح للمرضى بالجلوس فى الخارج بصورة مريحة ؟

ق- هل تم الأخذ فى الاعتبار إمكانية تحويل الساحات أو الفناء الخارجى إلى غرفة خارجية أو لقاءات مركزية أو ردهات باستخدام الزجاج الجزئى أو الكلى فى السقف وذلك لتعظيم الاستفادة من المساحات ؟

يجب أن يكون التصميم الداخلى عالياً فى هذه المنطقة بما فى ذلك مستوى الإضاءة .

ر- هل يقوم العاملون بتحديث خدمات المعلومات ؟

١٠- المرور الداخلى (الممرات Corridors) :

أ- هل أحجام الردهات كافية وأمنة بحيث تسمح بمرور مستخدمي الكراسى المتحركة بأنفسهم أو بمساعدة الغير ؟

ب- هل الممرات وسبل الوصول مرضية ؟ وهل تسمح بمرور ودوران الكراسى المتحركة وتأخذ فى الاعتبار ظروف حركة الممرات ؟

ج- هل تم تجنب الصعوبات أو العوائق من الجدران أو السقوف أو المخاطر الماثلة على مستوى الأرضية مثل تغيير مستويات الدرج ؟ وإذا لم يكن من الممكن تجنبها ، هل يسهل تمييزها أو إدراكها ؟

د- هل أبعاد (عرض) الأبواب الداخلية مناسب للسماح للكراسى المتحركة للتحويل بمقدار (٩٠) درجة من الممر أو الردهة ؟ وهل يمكن زيادة عرض الممر أو الردهة ؟

هـ- هل تم تزويد الممرات والمنزلاقات أو الدرج أو النقاط الأخرى التى يحتاج فيها أشخاص حركتهم معاقبة إلى درابزين ؟ وهل يمكن توفير هذا الدرابزين فى الأماكن التى يمكن أن تستخدم كمعين لهؤلاء الذين لديهم قصور فى النظر ؟

و- هل المساحات الزجاجية الكبيرة القريبة من الحركة مميزة أو موضحة بصورة كافية لهؤلاء الذين يعانون من قصور فى النظر ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

- ز- هل تتوافر مقاعد على مسافات معقولة وبالقدر الذى يسمح للمعوقين وكبار السن بأخذ قسط من الراحة عندما يكون أمامهم ممر طويل للوصول إلى أهدافهم ؟
- ح- هل توجد لوحات إرشادية واضحة ومضاءة بما يضمن سلامة وسهولة المرور داخل المبنى ؟
- ط- هل هذه اللوحات الإرشادية مصممة حسب النموذج (65 HTM) ؟
- ى- ما هو الانطباع عن الإضاءة والديكور ؟
- ك- هل تتوافر أعمال تشكيلية أو صور فوتوغرافية على الجدران ؟
- ل- هل يسهل على المعوقين فتح الأبواب ؟
- م- هل المواد المستخدمة فى الأرضيات من النوع المانع للانزلاق ؟
- ن- هل توجد حماية للجدران من أحد أو كلا طرفي الممر ؟
- س- هل هى فى الأماكن المناسبة لمختلف أنواع النقلات المستخدمة ؟
- ع- هل أماكن المرطبات (المقاصف) يسهل وصول المعوقين إليها ؟
- ١١- حركة المرور إلى أعلى :**
- أ- هل الدرج المستخدم مأمون ومريح بالقدر الكافى للمسنيين والمعوقين ؟ وهل سمات الدرابزين والنزول من الدرج تعد مناسبة ؟
- ب- هل هناك إرشادات واضحة تدل على الدرج ؟
- ج- هل تتوافر مصاعد موضوعة فى أماكن مناسبة ، يسهل الوصول إليها ، وتتوافر علامات إرشادية واضحة لها ؟
- د- هل توجد خطط إرشادية للمواقع المختلفة فى ردهات المصاعد ؟
- هـ- هل يسهل على مستخدمى الكراسى المتحركة المستقلين بأنفسهم الحصول على قائمة الضوابط ؟ وهل تعد الإشارات (العلامات) البصرية والسمعية وأجراس الإنذار وتحديد وجهات الطوابق مرضية ؟ وهل الأرقام والأحرف ناتئة (بارزة) بما يجعلها مناسبة للمكفوفين ، ولذوى قصور البصر الشديد ؟ وهل يتوافر مقعد للمعوقين أو درابزين مساعد ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

١٢- دورات المياه :

- أ- هل هناك دورات مياه مصممة بصورة صحيحة للجنسين معاً (بمعنى دخول الزوج والزوجة معاً لدورة المياه) فى المناطق العامة للمرافق ؟
- ب- هل تتوفر دورات مياه مناسبة لمستخدمى الكراسى المتحركة فى الدورات المخصصة للرجال والنساء فى المبنى ؟
- ج- هل دورات المياه الخاصة بالمعوقين تسمح بالحركة بقدر كافٍ أم أن مساحات الالتفاف متاحة خارج الدورة ؟ وهل تم أخذ عامل ومستوى الخصوصية بدرجة مرضية ؟
- د- هل تتوفر دورات مياه مزودة بمقابض لاستخدام المرضى المعوقين ؟
- هـ- هل ترتيبات دورات المياه وأحواض الغسيل يمكن استخدامها من قبل مستخدمى الكراسى المتحركة ؟ وهل المقابض والمرايا والمناشف ومزلاجات أقفال الأبواب والمساعدات الأخرى تم وضعها بحيث يمكنهم الوصول إليها واستخدامها بصورة مرضية ؟

١٣- مناطق العلاج :

- أ- هل مناطق الاستشارة والعلاج يسهل وصول المرضى المعاقين إليها ؟
- ب- هل تتوفر غرف / حجرات لتبديل الملابس بحيث تكون مناسبة لمستخدمى الكراسى المتحركة و تسمح بإمكانية المساعدة عند الضرورة ؟

١٤- تسهيلات الأجنحة :

- أ- ما هى الانطباعات بشأن محتويات/مكونات الجناح من حيث الجو العام والديكور والإضاءة ومواد الأرضيات ؟
- ب- هل يتم استخدام ورق الجدران ؟
- ج- هل أرضيات الجناح مزعجة (من حيث الصوت) أو زلقة ؟
- د- هل يمكن التفكير فى وضع سجاد فى أماكن مختارة حول الأسرة ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

- هـ- هل أنوار إضاءة الليل موضوعة فى أماكن تزعم المريض أو تمنعه من النوم ؟
- و- هل تسهيلات مرافق الصحة العامة (مثل الحمامات) توفر الاستغلال والخصوصية الكاملين للمرضى المعوقين الذين يستخدمون الكراسى المتحركة .
ولأولئك الذين يعانون من صعوبات فى المشى ؟
- ز- هل غرفة العناية اليومية فى مكان يسهل الوصول إليه مع توفر مقاعد متباينة الارتفاع لمساعدة المرضى المعوقين ؟ وهل كل الإعلانات (الإرشادات) بها واضحة للرؤية والفهم ؟
- ح- هل سبيل حركة وتشغيل الأبواب والراديو والتلفاز وأجراس طلب المساعدة فى متناول وصول المرضى المعاقين ؟
- ط- هل يمكن لزوار المرضى المعوقين الحديث معهم بشئ من الخصوصية بالقرب من السرير أو فى الجناح .

١٥- مظاهر أخرى :

- أ- هل مسالك (ممرات) الإخلاء الإسعافى ومخارج الطوارئ بحالة جيدة ؟
- ب- هل يسهل الوصول إلى أجراس الإنذار من الحريق من قبل المرضى المعاقين أو من مستخدمي الكراسى المتحركة ؟ وهل تم وضع تسهيلات النداء الإسعافى فى مواقع يسهل معها وصول المساعدة إلى المواقع البعيدة فى المبنى ؟
- ج- هل تم توفير إرشادات سمعية وبصرية فى مختلف مواقع المبنى ؟

إن أغلب الأفكار التى تضمنتها الاستبانة يمكن الحصول عليها من الإطار الذى يوضحه الشكل رقم (٤-٧) (مراجعة بيئة الجودة) والذى يربط مناطق الخدمات فى (DGH) مع قضايا بيئية وبعض طرق تحسين الجودة الممكنة .

الشكل رقم (٤-٧) : مراجعة بيئة الجودة

الموقع	الداخل	الاستقبال	مناطق	الأجنحة	الأقسام	غرف	المرات	الطرق/الأساليب
القضايا	الفرج	الوصول إليها	العيادات	الخارجية	العمليات			
- اللوحات الإرشادية								- مجموعة الانطباع
- الهواتف/ النداء الآلى								- الأول أو فريق البحث
- النظافة/ سلال النظافة								- معلومات العملاء
- ممرات المياه								- الخارجية (المسوحات)
- الصور/ اللوحات								- شكوى الزوار
- المكاتب								- M.B.W.A. والمراجعة
- النباتات/ الحدائق/								- الإدارية
- المناظر الطبيعية								- المقارنة بين المستشفيات
- توافر السلع/ المحلات								- وضع الجهود فى
- الألوان								- شكل أولويات
- الإضاءة								- الملكية عن طريق
- انطباعات الترحيب								- مدير عام الإدارة/ مدير
- لوحات الإعلانات								- عام الوحدة والعاملين
- الديكور/ الطلاء								- المراقبة المحلية
- لوحات الصور الفوتوغرافية								- المشاركة فى وظيفة
- مواد القراءة								- مراقبة الممتلكات
- المقاعد والأثاث								- البرنامج السنوى
- المعلومات								- لتحسين الجودة
- مناطق الأكل								- تكاليف التحسينات
- المظهر المميز								- تخصيص أو توزيع
- أماكن التدخين								- الموارد المالية
- التخزين/ النظافة والترتيب								- إستراتيجية المنشأة
- الحرارة								- العلاقة الوثيقة بين البيئة
- مناطق التسلية								- والنتائج الطبية والتربوية
- السمائر								- الحاجة للتسويق
- غرف الأهل/ الأقارب								- واجتذاب المرضى
- مظهر مكتب الاستقبال								- الحفاظ على
- مواقف السيارات								- المستويات المعيارية
- المبنى الخارجى								- الاجتماع الممنوح
- التهوية								- مع العاملين للحصول
- الخصوصية								- على الأفكار وضمان
								- التزامهم بالجودة

ولما كانت البيئتان الطبيعية والاجتماعية هامتين وأساسيتين فى أى موقع للرعاية الصحية ؛ فقد أولت وزارة الصحة (فى المملكة المتحدة) أهمية كبيرة جداً لهذا العامل ، وذلك بمساعدتها وتشجيعها لتحسين الجودة من خلال برامج مبادرات يتم تمويلها مركزياً من الوزارة . ويوضح الكتيب الذى أصدرته الوزارة فى عام ١٩٩١م بمسمى "المختلف الذى يمكن إثباته Deminstrably Different" مشاريع العيادات الخارجية الست الأولى لبرنامج تحسينات جودة البيئتين الطبيعية والاجتماعية فيها (١٩٨٩/١٩٩٠م) ، كما يوجز المظاهر والسمات الأساسية للممارسة الجيدة ، ويحدد الدروس المستفادة من واقع الخبرات العملية ، إضافة إلى إلقائه الضوء على بعض الأفكار فى هذا المجال .

المظهر الخارجى (Shop Window) :

من المكونات الأساسية للبيئة فى المستشفيات والعيادات جودة مظهرها الخارجى - أى موظف الاستقبال والعاملون بمكتب الاستعلامات من حيث سلوكياتهم والتسهيلات المتوافرة فى المكتب . وتعد قائمة التحقق لتقويم المظهر الخارجى للموظفين التى تم تصميمها فى مركز الاستثمار والتمويل الملكى "Kings Fund Center" (انظر هينكس - Hinks 1973) بمسمى "تسليط الضوء على موظفى أقسام الواجهة الأمامية" (Spotlight on shop window staff) - إحدى قوائم التحقق المبسطة التى يستخدمها مديرو المستشفيات للتعرف على مستوى الأداء الحالى للموظفين من خلال العديد من مؤشرات سلوكيات المظهر الخارجى . ويوضح الشكل رقم (٤-٨) مثلاً لفريق الواجهة الأمامية :

الشكل رقم (٤-٨) المظهر الخارجى

الإجراء	لا	نعم
		<p>تريق الواجهة الأمامية :</p> <p>إن لكل مجموعة من مجموعات المظهر الخارجى مشكلاتها الخاصة . هل تم أخذ النقاط فى الاعتبار ؟</p> <p>موظفو الهاتف :</p> <p>- المعدات والأجهزة :</p> <p>- إن مقسم الهاتف يعد كافياً لاستيعاب حجم المكالمات الهاتفية .</p> <p>- يقرم مشرف مكتب الاتصالات المتنقل بزيارات منتظمة للوقوف على حالة المعدات والأجهزة الهاتفية .</p> <p>- عندما يتم استحداث وتركيب معدات وأجهزة جديدة ، فإن موظفى الهاتف يتم تدريبهم على استخدامها .</p> <p>العاملون على أجهزة النداء (Bleeps) :</p> <p>- هناك إمدادات كافية من قطع غيار المستقبلة ، كما أن الصيانة الجيدة دائماً متاحة .</p> <p>- العاملون فى المقسمات الهاتفية يتلقون معونة كاملة من العاملين الزودين بأجهزة الاستقبال .</p> <p>ظروف العمل :</p> <p>إن مسورى السنترالات يبقون فى مواقعهم لفترات طويلة . ما هى الترتيبات المعدة لهم ؟</p> <p>- هناك فترات راحة كافية بعد كل (٨) ساعات من العمل .</p> <p>- هناك دورات مياه قريبة من موقع السنترال .</p> <p>- هناك تسهيلات لعمل شاي فى الموقع .</p> <p>- هناك خدمة لوجبة كاملة فى السنترال لمن يرغب من العاملين بالهاتف .</p> <p>- يتم عمل مراجعات منتظمة على مدد ساعات العمل الإضافية ، والانتقاع المؤقت عن العمل لأمورى السنترال .</p> <p>- يتم إجراء مسحوات منتظمة للأعمال الإضافية التى يقوم بها مأمير السنترال لمعرفة ما قد يكون لها من آثار على مستوى الأداء .</p>
		<p>يعد عامل الهاتف وسيلة إرشاد للمواطنين وحجة لكل شخص</p>
		<p>إن نصف عملى يكمن فى إرضاء الناس</p>

خدمات العيادات الخارجية :

لقد تعرضت خدمات العيادات الخارجية لبحث واستقصاء دقيقين فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات المقدمة فيها . وقد أوضح العمل الذى قامت به سلطة " ترنت الإقليمية للصحة Trent RHA " الجوانب الأساسية فى عملية إدارة العيادات الخارجية ، والتي شملت ما يلى :

- ١- إخطار الطبيب (الممارس) العام .
- ٢- عملية إشعار المرضى .
- ٣- تحديد موعد الزيارة الأولى .
- ٤- زيارة المريض للعيادات .
- ٥- (الجوانب المتصلة) بالبيئة .

العمليات (أو الإجراءات) الإدارية فى العيادات الخارجية الأسس (أو المبادئ)

إخطار الطبيب (الممارس) العام :

- ١- ينبغى تزويد الأطباء (الممارسين) العاميين بالمعلومات المتعلقة بمواعيد انتظار مرضى العيادات الخارجية التخصصية ، والمرضى المنومين ، والمرتبطة بكل استشارى ، وكذلك توضيح أى مسائل أو معلومات أو سمات ذات صلة خاصة بالمريض (مثلاً أن تتضمن المعلومات التى يتم تزويد الطبيب العام بها ، متى كان مناسباً ، معرفة المريض بلغات أخرى غير اللغة المتداولة) .
- ٢- ينبغى توافر آلية معينة تضمن مشاركة الطبيب (الممارس) العام فى التقرير حول مدى ملاعة نماذج البيانات والمعلومات ذات الصلة بالمريض .
- ٣- ينبغى تزويد الأطباء (الممارسين) العاميين بنموذج (أو بروتوكول) إحالة مريض فى حالة عاجلة - متى كان ذلك ضرورياً - إلى خدمة تشخيصية أو علاجية معينة ، أو إلى طبيب استشارى .

عملية إشعار المريض :

٤- ينبغي إرسال إشعار فوري لكافة المرضى باستلام طبيبهم العام لتقرير الإحالة الخاص بكل منهم (أى من قبل الاستشارى أو الخدمة التشخيصية أو العلاجية التى أحيلوا لها أصلاً طلباً لمشورتها) . وينبغي أن يتأكد المستشفى فى هذه المرحلة المبكرة من أى مسائل ينبغي أخذها فى الاعتبار خلال كل مدة الرعاية ، سواء كانت متعلقة بلغة المريض ، أو جنسه ، أو قيمه الثقافية ، ويجب أن يتأكد المستشفى ، أيضاً ، من نوعية المخاطبة التى يفضلها المرضى فى كل الاتصالات التى تتم معهم .

تحديد موعد الزيارة الأولى :

٥- ينبغي تحديد الوقت الأقصى لفترة الانتظار بين تسلّم إشعار التحويل ورؤية المريض فى العيادة .

٦- التحويلات غير العاجلة يجب أن تعطى الحد الأدنى من وقت الإشعار (وذلك لإعطاء الفرصة لمواعيد الإشعار قصير المدى للمء ما قد يحدث من إلغاء المواعيد) .

٧- يجب أن يعطى المرضى الإحساس بأنه فى إمكانهم تغيير المواعيد المعطاة لهم .

- يجب أن تحتوى خطابات الإشعار على كافة الإرشادات بما فيها رقم الهاتف للمساعدة فى كيفية تنفيذ الإرشادات .

- على الإدارات والأقسام مراعاة الخلفيات العرقية وما قد يكون لديها من أعياد أو مناسبات دينية تؤثر على رغبة المريض فى تغيير مواعيده .

٨- يجب الاهتمام بمراقبة أرقام المرضى لم يحضروا فى مواعيدهم ، ويجب أن يشمل مثل هذا الاهتمام أولئك المرضى الذين تم إعطاؤهم أكثر من إشعار بفترة محددة للمواعيد ، كما يجب الاهتمام بإرسال خطابات لتذكير المرضى .

٩- ينبغي أن تعكس كافة الاتصالات التنوع اللغوى للمجتمع المحلى ، وأن تأخذ فى الاعتبار الاتصالات المتعلقة بالإعاقات الخاصة .

يضاف إلى ذلك أنه ينبغي أن تحتوى جميع الحالات الجديدة على الآتى :

أ- كيفية الوصول إلى المستشفى .

ب- المواصلات العامة .

ج- خدمات الإسعاف .

د- مواقف السيارات .

هـ- وصول (ومواقف ومداخل) المعوقين .

و- سبل الراحة والمتعة وخاصة لفئات :

- المعوقين .

- الأمهات والمواليد .

- الأطفال .

ز- ما يجب على المريض إحضاره معه للعيادة ، وتشمل : العينات .

ح- ترتيبات الاستقبال .

ط- إجراءات العيادة وتشمل التأخير المتوقع .

ي- ترتيبات إجراء الاختبارات التشخيصية .

ك- من الذين يتوقع أن يقابلهم ؟

ل- معلومات خدمات الترجمة والترجمة الشفوية .

م- كيفية الاتصال بالمستشفى بشأن معلومات إضافية (إعطاء رقم الهاتف مثلاً) .

١٠- بمجرد إشعارهم فإن معظم المرضى يجب عليهم أن يتوقعوا أن تبقى مواعيدهم بلا تغيير .

الزيارة :

- ١١- يجب أن يتم الحصول على مرئيات المرضى بشأن الجوانب المتعلقة بالخدمات المقدمة بصورة منتظمة ، كما يجب أن تتوافر الآليات اللازمة للتأكد من أن هذه المرئيات قد تم إيصالها لسائر العاملين . ويجب أن يتم عمل ترتيبات خاصة للتأكد من أن الخدمات المقدمة تلبي احتياجات الفئات الخاصة بالأطفال والمسنين والمعوقين ، ولهؤلاء الذين لا تكون الإنجليزية هي لغتهم الخاصة .
- ١٢- يجب على العاملين التعامل مع المرضى بمقتضيات الحساسية والكرامة . وإذا اقتضت الضرورة ، ينبغي إعطاء العاملين التدريب المناسب ، وبخاصة عندما يأتي المرضى من خلفيات ثقافية متنوعة .
- ١٣ - يجب أن يبدأ العمل في جميع العيادات في الوقت المحدد لها .
- ١٤ - يجب أن تكون جميع الاختبارات التشخيصية التي تم طلبها قبل العرض على الاستشاري قد تمت ، وأن تكون نتائجها متوفرة قبل الموعد المحدد معه . (وقد يكون ذلك غير عملي بالنسبة للمرضى الجدد ، لكنه ينبغي أن يكون مقياساً للمرضى المراجعين) .
- ١٥- ينبغي أن تكون جميع ملاحظات تطور حالة المريض الصحية متوفرة قبل موعد مقابلته للطبيب الاستشاري .
- ١٦- يجب أن يتوقع كل المرضى مقابلة أطبائهم الاستشاريين في المواعيد المحددة لهم .
- ١٧- على المرضى أن يتوقعوا إخطارهم بأي تأخير قد يحدث . وقد يكون مناسباً التأكد من أن المرضى يفهمون أن بعض " طوابير أو صفوف الانتظار " Queues تتحرك أسرع من الأخرى .
- ١٨- ينبغي توافر آلية تسهل إدخال المرضى للاستشاري في حالات الضرورة . ومتى كان ذلك ممكناً ، فإن مثل هذه الآلية يجب أن تراعى رغبة المريض في تلك المقابلة .

- ١٩- ينبغي إقحام المرضى أهمية متابعة المواعيد المحددة لهم .
- ٢٠- على المرضى أن يقوموا بإجراء ما قد يكون من اختبارات وفحوص التشخيص الأخرى ، فى ذات اليوم ، متى كان ذلك عملياً وممكناً .
- ٢١- ينبغي العمل على اختصار أوقات الانتظار لإجراء الاختبارات التشخيصية للحد الأدنى ، وعلى الإدارات المختصة التأكد من أن نظم المواعيد قد تم إعدادها بحيث تسمح بإحالة الحالات غير المنظورة إلى العيادات الخارجية .
- ٢٢- عندما يتطلب الأمر إجراء المزيد من الاختبارات ، يجب أن يرتبط إجراؤها بمتطلبات مقابلة الطبيب الاستشارى المستقبلية .
- ٢٣- يجب إرسال تقرير فوري للطبيب العام (الممارس العام) عن حالة المريض الصحية .
- ٢٤- يجب إعطاء المرضى إمداداً كافياً من أى علاج تم وصفه ، مزوداً بإرشادات واضحة ومناسبة حول كيفية استخدامه (أو التخلص من الفائض) ، أو إرشادات واضحة حول كيفية الاتصال بالطبيب (أو الممارس) العام المعالج .
- ٢٥- إذا كان الطرف موافقاً ؛ فينبغى صرف العلاج فوراً للمريض .
- ٢٦- يجب أن يشعر المرضى بأن معاملتهم كانت مرضية على الصعيدين الإدارى والسريرى . يضاف إلى ذلك :
- أن تكون زيارة المرضى مريحة بقدر المستطاع .
- أن المقاييس البيئية للجودة يجب أن لا تراعى فقط فى مناطق الانتظار ، بل فى جميع المناطق الجانبية والفرعية ، والإدارات والأقسام المساندة بالمستشفى .
- البيئة :**
- ٢٧- يجب بذل كل جهد ممكن للتأكد من توافر مساحات كافية لمواقف سيارات المرضى ، أو كحد أدنى يجب إخطار المرضى بما قد يحدث من المشاكل فى المواقف وتشجيعهم للتنقل عبر وسائل أخرى .

- ٢٨- يجب على كل العاملين أن يرتدوا إشارات مميزة تُسهّل التعرف عليهم .
- ٢٩- يجب أن تكون اللوحات الإرشادية واضحة ومكتوبة باللغات المناسبة ، ويجب استخدام الرموز الإرشادية في هذه اللوحات قدر الإمكان . كما يجب إعطاء المرضى إرشادات واضحة ، وأن يرافقهم العاملون متى كان ذلك ممكناً .
- ٣٠- يجب بذل الجهود للتعرف على مصادر الحصول على مواد قراءة حديثة تعكس المزيج الثقافي واللغوي المحلي .
- ٣١- يجب أن تكون تسهيلات مقاصف المرضى موضحة في اللوحات الإرشادية ، وأن تكون في مواقع يسهل الوصول إليها من مناطق الانتظار ، وأن تكون مفتوحة طوال ساعات عمل العيادات .
- ٣٢- يجب أن يكون بمقدور المرضى استخدام هواتف العملة .
- ٣٣- يجب توافر الأعداد الكافية من دورات المياه بما فيها تلك المخصصة للمعاقين ، وأن تكون في مواقع يسهل الوصول إليها من قاعات الانتظار ، وأن تكون موضحة في اللوحات الإرشادية .
- ومن الجدير بالذكر ، أن هذه الأسس أو المبادئ المتصلة بالعمليات أو الإجراءات الإدارية في العيادات الخارجية المذكورة آنفاً ، قد تم إقرارها من قبل مكتب المراجعة الوطنى عند مراجعته لخدمات العيادات الخارجية في نظام الخدمة الصحية الوطنية عام ١٩٩١م . وقد أوضح المكتب القضايا الواجب أخذها في الاعتبار وطريقة قياسها . وفيما يلي تفصيل لذلك :

الملحق (١)

دراسة المكتب الوطنى للمراجعة حول القيمة النقدية لخدمات العيادات الخارجية : معايير المراجعة :

عند استقصاء الدراسة لخدمات العيادات الخارجية ، طور مكتب المراجعة الوطنى فى البداية معايير للمراجعة مستفيداً من العمل الذى قام به كل من مركز التمويل والاستثمار الملكى لتطوير الخدمة الصحية (King's Fund Center) والمجموعة

الإسكتلندية لكفاءة الإدارة الصحية . ورغم قابلية هذه المعايير للتطبيق في أغلب خدمات العيادات الخارجية ، فإن المقصود ليس جعلها وصفية شاملة بل للاسترشاد بها فحسب .

تخطيط الخدمة

يجب على المقاطعات والمستشفيات أن تقوم بتخطيط لخدمات العيادة الخارجية حسب الاحتياجات الصحية للسكان . ويمكن تحقيق ذلك بإجراء ما يلي :

(١) إعداد خطط تسويقية للمنطقة بهدف التعرف على الاحتياجات لخدمات العيادات الخارجية من كافة التخصصات .

(٢) تضمين التعاقدات بشأن تقديم الخدمة أهدافاً تتصل بتحديد مواعيد الانتظار لأول مقابلة للحالات غير العاجلة لكل تخصص أو حالة .

(٣) إعداد خطط للمستشفيات توضح خدمات العيادات الخارجية التي سيتم تقديمها .

(٤) إخضاع الخطط للمراجعة .

على المستشفيات إجراء الترتيبات اللازمة لعمل نظام لاستخدام خدمات العيادات الخارجية يعتمد على التكلفة - وفعالية الاستخدام . ويمكن للمستشفيات تحقيق ذلك من خلال :

(٥) التأكد من أن مسؤوليات الاستخدام المتسمة بتعظيم فعالية التكلفة واضحة لجميع العاملين .

(٦) عندما تكون الظروف مواتية : ينبغي العمل على تطوير بروتوكولات محلية وأدلة إرشادية يتم الاتفاق عليها بين العاملين السريريين بالمستشفى والأطباء (الممارسين)

العامين . ويجب أن تتضمن هذه البروتوكولات معايير الإحالة ، كما يجب أن تتضمن الأدلة الإرشادية ، بالإضافة إلى ترتيبات حول إخراج المرضى المنومين .

إدارة الخدمة

على المستشفيات أن تعمل على إيجاد ترتيبات سليمة للإدارة ومراجعة الأداء على أسس يومية . ويمكن تحقيق ذلك من خلال :

(٧) تحديد شخص واحد (مدير العيادات الخارجية مثلاً) أو مجموعة يمكن التعرف عليها بسهولة تكون مسؤولة عن إدارة الخدمات ذات الصلة بعيادتين أو أكثر ، إما على نطاق المستشفى أو في نطاق تخصصات محددة ، مع إعطائها السلطات اللازمة لممارسة تلك المسؤوليات .

(٨) المراقبة النمطية (الروتينية) لتشغيل خدمات العيادات الخارجية . على المديرين التأكد من استخدام المزيغ الأمثل والأنسب للتكلفة - الفعالية للعاملين السريريين والخدمات المساندة . ويمكن تحقيق ذلك من خلال :

(٩) تقييم المهام الواجب القيام بها في إدارات العيادات الخارجية لاتخاذ قرار حول نوعية العاملين الذين يجب عليهم القيام بها .

على المديرين في المستشفى التأكد من أن العاملين المساندين والموارد الأخرى يتم استخدامهم بفعالية .

(١٠) جعل سجلات المرضى متوافرة / جاهزة بأقل التكاليف عن طريق :

- الحفاظ على نظام فعال لحفظ السجلات .

- التأكد من أن السجلات قد تم طلبها مسبقاً ، متى كان ذلك عملياً .

(١١) التعرف على أسباب عدم حضور المرضى فى الأوقات المحددة لهم ، واتخاذ ما يمكن من إجراءات للتقليل من عدم حضورهم ، كإرسال مذكرة تذكيرية . مثلاً عندما يكون هناك فارق زمنى طويل نسبياً (٣ أشهر أو أكثر) بين تحديد المواعيد والمقابلة الفعلية ، أو بوضع إرشادات فى بطاقة المواعيد حول كيفية تغيير أو إلغاء المواعيد ، أو بتقديم معلومات حول سياسات المستشفى تجاه عدم حضور المرضى فى المواعيد المحددة لهم .

(١٢) التقليل من حالات إلغاء عمل العيادات . ويمكن مواجهة ذلك عن طريق التأكد من أن الاستشاريين وصغار الأطباء يقومون بإخطار الإدارة حول غيابهم المحتمل مقدماً وبفترة كافية ليتمكن التخطيط فى ضوء ذلك ، وليتمكن المرضى المتأثرون بإلغاء هذه العيادات من مقابلتهم بأسرع وقت ممكن .

(١٣) جدولة المواعيد للتقليل من آثار عدم الحضور والمواعيد العاجلة .

(١٤) المراجعة المنتظمة لمواعيد العيادة للتأكد من أنها تسمح باستخدام كثير الفعالية للتسهيلات والعاملين السريريين وخدمات المساندة .

(١٥) الاستخدام الفعال لتقنية المعلومات للتقليل من أعباء الأعمال الإدارية والكتابية .

جودة الخدمة

على السلطات الصحية فى المناطق تضمين المقاييس والمستويات المعيارية للجودة فى عقود التعاقد . وعلى كل إدارة بالمستشفى أن تخطط وتراجع الجوانب ذات الصلة بالجودة بخصوص احتياجات المرضى . ويمكنهم عمل ذلك من خلال :

(١٦) البيان الواضح لمسؤولية العاملين تجاه تحقيق ومراجعة أهداف الجودة .

(١٧) إعطاء دورات تدريبية لكل العاملين حول الخدمة المستمرة للعملاء .

(١٨) وضع أهداف ومعايير الجودة للخدمات ، ومراقبة الأداء عن طريق التجميع النمطي للمعلومات ومراجعتها بشأن الجوانب المتعلقة بتقديم الخدمة والحصول على معلومات التغذية المرتدة عن طريق عينات منتظمة من المرضى .

على إدارة المستشفى التأكد من الحفاظ على مستويات معيارية مقبولة من الخدمة .

(١٩) التقليل من أوقات انتظار المرضى من خلال :

- جعل ترتيبات عمل المواعيد المتعلقة بالأفراد تمتد خلال مدة عمل العيادة .

- الالتزام بترتيبات المواعيد . على سبيل المثال رؤية المرضى في العيادة حسب نظام / ترتيب المواعيد .

- التأكد - إذا كان ممكناً - من أن العيادات تبدأ عملها وتنتهي في الوقت المحدد لها .

(٢٠) السعى لعرض خيارات أوقات المواعيد على المرضى إذا كان ممكناً .

(٢١) إصدار إرشادات واضحة للمرضى (باستخدام لغة المجتمع المحلي) بشأن زياراتهم للعيادة ، وتوضح هذه الإرشادات ما يلي :

- يوم وتوقيت المواعيد .

- اسم الاستشارى .
- اسم وموقع العيادة .
- الإشارة إلى إمكانية أن تكون الزيارة للعيادة طويلة بشكل خاص .
- الإجراء الواجب اتخاذه فى حالة عدم التمكن من الحضور .
- الترتيبات المتعلقة بالتنقل ومواقف السيارات .
- إمكانية حضور طلبة الطب للمقابلة وما يمكن للمرضى عمله إذا لم تكن لديهم الرغبة فى حضور الطلبة .
- أى إرشادات محددة بخصوص الفحوص كالصيام أو إحضار عينات .
- الشخص الذى يمكن مخاطبته بشأن أى شكوى من قبل المريض .
- فى حالة المقابلة الأولى يفضل إرسال الإرشادات للمريض قبل مدة (٢-٤) أسابيع لتمكينه من عمل كل الترتيبات اللازمة ، وأيضاً :
- (٢٢) العمل على إيجاد وتهئية بيئة / جو يساعد فى جعل فترة انتظار المريض للمقابلة مريحة بقدر الإمكان والتقليل من حالة القلق لديه . ويشمل هذا العامل الجوانب التالية :
- اللوحات الإرشادية الواضحة ، توفر دليل للمرضى إذا كان ضرورياً .
- خصوصية الاستشارات وأماكن تبديل الملابس .

- إيجاد مقاعد كافية للمرضى الذين يراجعون العيادة .
- إخطار المرضى بأى تأخير قد يحدث أثناء فترة انتظارهم .
- التسهيلات للمريضات من الأمهات المرضعات / أو من معهن رضع / أطفال .
- تسهيلات المرضى المعوقين .
- أماكن اللهو للأطفال .
- دورات مياه نظيفة وتسهيلات المغاسل المتوافرة بالقرب من العيادات .
- مواد قراءة .
- إمكانية الوصول إلى التسهيلات الأخرى كالدكاكين أو المحلات إذا كان عملياً .

خدمات الصحة العقلية :

إن أسلوباً متعدد الجوانب لقياس مدى كفاية خدمات الصحة العقلية قد تم إيجاده اعتماداً على تحليل الوجه - الوظيفة لبيئة الخدمة . ويتكون هذا الأسلوب من الإطار الذى يوضحه الشكل (٤-٩) وتصنيف ترتيبى ونظام رموز كما فى الشكل رقم (٤-١٠) والذى يتيح مستويات متباينة لتجميع البيانات (انظر Clifford ، 1991) .

الشكل رقم (٤ - ٩) شبكة رعاية النواحي الأكثر أهمية - إطار للرعاية الصحية والاجتماعية

الصحة العقلية	الوظيفة الشخصية	التأهيل	الظروف الاجتماعية	العلاقات الشخصية البينة	البيئة الطبيعية
الحالة العقلية	الرعاية الذاتية	الرعاية الذاتية	السكن	العائلة	التصميم
الاحتواء	الأعمال المنزلية	أنشطة الحياة اليومية	الدخل	الأخرون المؤثرون	الراحة
سلوك المشكلة	الأنشطة الاجتماعية	الميزانية	العمل	الشبكات الاجتماعية	الموقع
التفهم العلاجي	التمويل الشخصي	الأنشطة المحددة/المنطقة	الظروف القانونية	الدعم الاجتماعي	الفصوصية
الرعاية القربية					
المرونة	الاستقلالية	الفلسفة	المشورة	التأييد والدعم	

الشكل رقم (٤ - ١٠) : الموضوعات الرئيسية لنظام تصنيف النواحي الأكثر أهمية

المسوغات	الأنشطة
- بيانات الهوية الشخصية	- وجهات الخدمة المطلوبة
- التاريخ	- الاتصال بالخدمة
- التشخيص	- الصحة العقلية
- الصحة العقلية	- الوظيفة الشخصية
- الوظيفة الشخصية	- توجهات العلاقات الشخصية
- العلاقات الشخصية البينية	- الظروف الاجتماعية
- الظروف الاجتماعية	- التأهيل
- الصحة البدنية	- البيئة الطبيعية
- تهيئة المريض للتكيف مع الخدمة	- الصحة البدنية
- الإعاقة الشاملة	- الرعاية القربية
	- مجموعة منافع الرعاية
	- التدوى / العلاج
	- الجودة/المراجعة والتدقيق
السماح بمستويات مختلفة للتجميع	

رعاية المجتمع :

فى المسعى لإدارة سلاسل من التغيرات الانسيابية التى تستهدف تكاملية الرعاية التى تقدم من خلال العديد من مؤسسات المجتمع ، زاد الاهتمام بجودة الخدمة بصورة غير مسبقة . وفى مراجعة حديثة لرعاية المجتمع (١٩٩٢م) حددت مفوضية (هيئة) المراجعة (Audit Commission's) من وجهة نظر حالات الخروج من المستشفيات الحادة (أى ذات مستويات الإقامة القصيرة المدى) وإعادة استقرار نوى الإعاقات التعليمية الذين يحتاجون إلى إعادة تقييم وضعهم الحالى ، ما يلى من نقاط :

البحث رقم ١ :

حالات الخروج من المستشفيات الحادة :

يركز البحث الأول على ترتيبات الاستقبال من قبل المجتمع لهؤلاء الذين تم خروجهم من مستشفيات الحالات الحادة مع اهتمام خاص بما يتم تحضيره اعتباراً من إبريل ١٩٩٢م ، حيث بدأت السلطات الصحية المحلية بتولى مسؤوليات إضافية تجاه هؤلاء المرضى الذين يتجهون حالياً وبصورة مباشرة إلى دور الرعاية السكنية والتمريضية عقب خروجهم من المستشفى .

الأهداف :

- ١- هل تقوم السلطات المختصة ، بصورة جماعية ، بتقييم الاحتياجات الحالية والمستقبلية للرعاية السكنية والتمريضية ؟ هل اتفقوا على حجم وطبيعة المشكلة والفرص المتاحة عن طريق رعاية المجتمع ؟
- ٢- هل هناك خطط توضح كيفية تقليص أعداد هؤلاء الراغبين فى الذهاب لدور الرعاية ؟ هل كلتا السلطتين تقوم بوضع الترتيبات (العاملين ، الإدارة ، الإجراءات) اللازمة لتنفيذ المتغيرات المتوقعة بعد الأول من إبريل ١٩٩٣م ؟
- ٣- هل التأثيرات على الموارد لكلا الطرفين محددة ومتفق عليها ؟ وهل السلطة المحلية راضية عن كون السلطة الصحية ستتكفل بالموارد الإضافية التى تحتاج إليها خدمات صحة المجتمع ؟ وهل السلطة الصحية ستشعر بالرضا من كون أسرئها لن يتم إغلاقها أو حجزها ؟

<p>الاحتياجات :</p> <p>هل تقوم السلطات الصحية والاجتماعية بتخطيط وحصر النمط الراهن لهؤلاء الذين أخرجوا من المستشفى والمحتاجين للمساعدة - وبخاصة هؤلاء الذاهبون رأساً من المستشفى إلى دور الرعاية السكنية ودور التمريض ؟</p>	
<p>الأهداف :</p> <p>هل تقوم السلطات بمراجعة احتمال تناقص التدفق نحو الدور السكنية ودور التمريض من خلال تبديل/إحلال الرعاية المنزلية ؟</p>	السياسات
<p>الخطط :</p> <p>هل تم الاتفاق بين الخدمات الصحية والاجتماعية على الأدوار والمسؤوليات لكليهما ؟</p>	
<p>تنسيق الرعاية :</p> <p>من ينسق الرعاية لهؤلاء المرضى الذين هم على وشك الخروج ؟ ما هو دور العاملين بالرعاية الاجتماعية بالمستشفى ؟</p>	
<p>تقديم الخدمات :</p> <p>كيف يتم تنسيق الخدمات ؟ هل هناك موظفون ملتزمون أم هناك ترتيبات أخرى ؟ ماهى آلية الاتصال والإحالة المتبادلة بين صحة المجتمع والخدمات الاجتماعية ؟</p>	ترتيبات التشغيل
<p>المعلومات :</p> <p>هل تتوافر نظم لتسجيل أنماط إحالات المستشفيات / الأجنحة ، وكذلك لتسجيل الأعداد الموجودة في دور التمريض أو للذين يحتاجون إلى مساعدة عند خروجهم من المستشفى ، وما هي الأنماط الحالية لاستغلال العاملين للمعاونة في الخروج ؟</p>	
<p>ضمان الجودة :</p> <p>هل يتم إعطاء المرضى معلومات كافية ومفيدة ؟ وكيف يتم تزويد المستشفى بملاحظات العاملين في خدمة المجتمع ؟ وكيف تقوم السلطات بتقييم مدى سلاسة إتمام عمليات الخروج ؟</p>	

البحث رقم ٢ :

استبدال الإقامة الطويلة بالمستشفى للمرضى ذوي إعاقات التعلم :

يركز البحث الثانى على الترتيبات اللازمة لإعادة إنزال المرضى نوى إعاقات التعلم المقيمين لفترة طويلة بالمستشفيات فى الدور التابعة للمجتمع .

الأهداف :

١- هل السلطات ، مُجْتَمَعَةً ، تخطط لعمل الترتيبات اللازمة للمرضى نوى إعاقات التعلم ؟

٢- هل للسلطات أسلوب موحد لتحديد الاحتياجات والترتيبات العملية ؟

٣- هل المخصصات المالية متناسبة مع رؤوس الأموال والتدفقات النقدية كما وردت فى الخطط ؟ وهل هى واضحة الكيفية التى يمكن من خلالها تحويل المسؤولية من الخدمات الصحية للخدمات الاجتماعية ومقابلتها مالياً ؟

٤- هل تقوم السلطات المختصة بإدخال نظم مشتركة للمراقبة وما يرتبط بها من ترتيبات ؟

<p>الاحتياجات :</p> <p>كيف تم قياس الاحتياجات المحلية ؟ هل تم ذلك بمشاركة السلطتين المركزية والمحلية ؟ ما هى المعلومات المتوفرة حول المجتمع الحالى للمستشفى ؟</p>	<p>السياسات</p>
<p>الأهداف ، الأولويات :</p> <p>ما هى المبادئ التى تحكم السياسات ؟ كيف تم تعريف وتحديد الأولويات والمجموعات المستهدفة ؟</p>	
<p>الخطط :</p> <p>هل تم إعداد خطة لخدمات إعاقات التعلم ؟ وهل هذه الخطة للسلطتين معاً أم أنها منفردة لكل سلطة ؟</p>	

<p>تنسيق الرعاية :</p> <p>كيف يخطط ويعمل العاملون بالمؤسسات المختلفة معاً ؟ كيف يمكن تقييم الاحتياجات الفردية ؟ من يتحمل مسؤوليات الميزانية ؟ وعلى أى مستوى ؟</p>	<p>ترتيبات التشغيل</p>
<p>تقديم الخدمات :</p> <p>كيف سيتم تمويل الخدمات فى المستقبل ؟ هل هناك تفويض / تخويل للسلطات والمسؤوليات والميزانية ؟</p>	
<p>المعلومات :</p> <p>حيث إن المعلومات الإدارية يجب أن تتقاسمها السلطات ؟ ما هى أنظمة المعلومات تحت الخدمة / أو المخطط لها ؟</p>	
<p>ضمان الجودة :</p> <p>ما هى الترتيبات الخاصة بمراقبة ما تحقق من السياسات قياساً بالأهداف ؟ كيف يمكن الحفاظ على المستويات وتطويرها فى المستشفيات ؟</p>	

المستشفيات الكبيرة والصغيرة :

فى السنوات الأخيرة كانت المستشفيات محل بحث واستقصاء كبيرين لجهة قياس مستوى الجودة بها . وفى هذا الخصوص هناك مبادرتان جديرتان بالذكر هما :

- مشروع المستشفى الصغير (الذى أشرفت عليه سلطة الجنوب الغربى الإقليمية للصحة) .
- المراجعة التنظيمية (الذى أشرف عليه صندوق الملك) .

وقد وفرت كلتا المبادرتين أطراً شاملة وكبيرة لقياس جودة الخدمة ، وذلك قبل إدارة الجودة الشاملة . وقد طور (شو وزملاؤه Shaw et al., 1988) - دليلاً إرشادياً لتقديم الجودة فى المستشفيات الصغيرة . وقد تم استخدامه بكثرة فى المنطقة الجنوبية الغربية حيث كان له أثر فعال .

وقد شمل نطاق هذا المرشد العديد من الجوانب منها : التنظيم العام للمستشفى ، والتخصصات الطبية ، وخدمات المساندة السريرية ، وخدمات المساندة غير السريرية .

المحتوى

رقم الصفحة

٩	تمهيد	
١١	مقدمة	
١٣	نطاق المستشفى الصغير	القسم الأول :
	التنظيم العام	القسم الثاني :
١٥	١-٢ العميل	
١٥	٢-٢ التسهيلات والمعدات والأجهزة	
١٧	٣-٢ خدمات التمريض	
٢٠	٤-٢ الخدمات الطبية	
٢٢	٥-٢ الإدارة	
٢٣	٦-٢ المستشفيات النهارية / اليومية	
٢٣	٧-٢ مرضى العيادات الخارجية	
	التخصصات الطبية	القسم الثالث :
٢٥	١-٣ الحوادث والإصابات	
٢٧	٢-٣ الطب العام ، رعاية المسنين	
٢٨	٣-٣ الأمومة	
٣١	٤-٣ الجراحة والتخدير	
	الخدمات السريرية	القسم الرابع :
٣٥	١-٤ علم الأمراض (المخبرية)	
٣٥	٢-٤ الصيدلية	
٣٦	٣-٤ الأشعة	
٣٨	٤-٤ التأهيل	
	الخدمات المساندة	القسم الخامس :
٤١	١-٥ خدمات الإعاشة	
٤٣	٢-٥ خدمات التنظيف والتدبير المنزلي	

المحتوى

رقم الصفحة

٤٤	٢-٥ السجلات الطبية
٤٦	٤-٥ الخدمات الدينية والتطوعية
٤٦	٥-٥ شؤون الموظفين
٤٧	٦-٥ إمدادات الأجهزة والأبواب المعقمة متعددة الاستخدام
٤٨	٧-٥ الأشغال

٤٩	القسم السادس : قوائم المراجعة
----	-------------------------------

ومن قوائم المراجعة الملفتة تلك المتضمنة للتخصصات الطبية والتي تغطى :

- الطب العام .

- الأمومة .

- الجراحة والتخدير .

قائمة الجراحة والتخدير

لا	؟	نعم
—	—	—
١- إن المنطقة قد وافقت على الخط الحالية والمستقبلية للخدمات الجراحية بالمستشفى .		
٢- هناك سياسة تحكم اختيار مرضى الجراحة . وهذه السياسة :		
—	—	—
أ. مكتوبة .		
—	—	—
ب. متفق عليها بين العاملين المحليين ومستشفيات المنطقة .		
٣- هناك إجراءات متفق عليها تستخدم للأغراض التالية :		
—	—	—
أ. التعرف على المرضى الذين يُجرى لهم تخدير عام .		

لا	؟	نعم
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		بـ التعرف على الأطراف ، والمقاييس .
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		جـ الإشراف على الموافقة على إجراء التخدير .
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		٤- جميع المرضى لديهم أطباء محليون يتولون رعاية صحتهم العامة .
		٥- هناك مراجعة منتظمة وفعالة للسياسات والإجراءات والمضاعفات . <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		٦- إن التسهيلات المادية الموجودة بغرف العمليات الجراحية تتطابق مع مستوى الجراحة المعمول بها .
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		٧- إن العاملين الطبيين والمرضيين تم تدريبهم على الوسائل والمعدات الراهنة ذات الصلة بإنعاش المريض . كيف يتم عمل ذلك ؟ <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		٨- إن مساعدي التخدير السريريين مسؤولون سريرياً أمام استشاري التخدير المحدد لهم .
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		٩- إن جميع مساعدي التخدير (فنيي التخدير) ماهرون في استخدام الوسائل الراهنة بما يتناسب مع الإجراءات المتبعة . كيف تم ذلك ؟ <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
		١٠- هناك اتصال مستمر ومنتظم مع منسق فنى التخدير أو الاستشارى المسؤول عن التنظيم العام لخدمات التخدير .

قائمة خدمات الأمومة

نعم ٢ لا

السياسات والإجراءات :

١- إن سياسات عمليات إدخال المرضى وتحويلهم وتخريجهم قد تم

تحديدها بوضوح وتم الاتفاق عليها بين المستويين المحلي والمنطقة .

٢- أ. إن السياسات السريرية المدونة التي تغطي مؤشرات بعض
الإجراءات مثل : الحقن الشرجي ، وحلق العانة ، والتمزيق
الاصطناعي للأغشية ، ... إلخ ، كلها متوفرة في الموقع وتم الاتفاق
عليها بين المجموعات المهنية المختصة .

ب. إن التعديل الأخير على هذه السياسات تم في :

٣- تتوفر آلية للتأكد من أن العاملين يزودون المرضى بمعلومات ونصائح
متسقة .

السجلات :

٤- إن النموذج المعياري المستخدم للبيانات الخاصة بالتوليد مماثل
لنموذج الموجود في وحدة الولادة .

٥- أ. هناك سجل سريري يبدأ مع كل مولود .

ب. إن بيانات المولود يتم مضاهاتها باستمرار مع بيانات الأم .

٦- إن السجلات التالية يتم الإبقاء عليها وحفظها بعد خروج الأم :

أ. بيانات التوليد .

ب. ملاحظات الممرضة الرئيسية حول صحة الأم وطفلها (المسمى
بالكاردرس) .

ج. البيانات الخاصة بالحجز والتسجيل .

نعم	؟	لا
—	—	—
٧- سجلات التوليد والمواليد يتم حفظها لمدة ٢١ عاماً .		
٨- يتم تسجيل الإحصاءات التالية :		
—	—	—
أ. عدد النساء اللاتي تم تسجيلهن بالبداية في الوحدة الصحية أو تحت رعاية الطبيب الممارس .		
—	—	—
ب. عدد النساء اللاتي تم تحويلهن للاستشارى للرعاية خلال فترة الحمل .		
—	—	—
ج. عدد الولادات في وحدة الطبيب الممارس أو تحت رعايته .		
—	—	—
د. عدد المواليد الأحياء والمواليد الأموات .		
—	—	—
هـ. عدد الوفيات قبل وبعد الولادة .		
—	—	—
و. عدد حالات الإحالة للاستشارى خلال فترة المخاض .		
—	—	—
ز. الإحالات للاستشارى عقب الولادة لأسباب تتعلق بحالة الأم .		
—	—	—
ح. عدد الوفيات قبل وبعد الولادة في الحالات المحولة إلى رعاية الاستشارى .		
—	—	—
ط. عدد المواليد الحاليين لرعايتهم من قبل الاستشارى .		
—	—	—
ى. عدد وفيات المواليد الجدد خلال الأسبوع الأول من خروجهم من الوحدة .		
—	—	—
٩- إن الإحصاءات المبونة تم مراجعتها بصورة رسمية آخر مرة من قبل المختصين السريريين كان فى :		
—	—	—
١٠- ثمة جهود بذلت لإيجاد جو مريح (غير سريري) فى جناح التوليد .		
—	—	—
١١- إن أماكن مرحلة المخاض الأولى تتوافق مع المستويات التالية :		
—	—	—
أ. هناك مساحة كافية للأُم ومراقفها للتحرك مع وجود مقعد مريح .		
—	—	—
ب. وجود تسهيلات لورات المياه والغسل بأحجام مناسبة للحوامل فى موقع قريب .		
—	—	—
ج. هناك نظام نداء للمرضى .		
—	—	—

نعم ٩ لا

العاملون :

١٨- تغطي القابلات المسجلات (Registered Midwives) العمل في المستشفى على مدار الساعة .

١٩- جميع الأطباء الممارسين الذين يحضرون الولادات في المستشفى مسجلون على لائحة أطباء التوليد ولديهم عقود فردية مع السلطات الصحية تخولهم إدخال المرضى الأمهات إلى المستشفى .

٢٠- تتوفر آلية في أوساط العاملين للتأكد من أن جميع الأطباء الذين يحضرون الولادة لديهم خبرات وممارسات حديثة للحفاظ على الكفاءة .

٢١- إن الأطباء يتلقون تشجيعاً نشطاً لحضور الدورات الإنعاشية والمشاركة في الأنشطة التعليمية .

٢٢- إن استشارياً في مجال أمراض النساء والتوليد قد زار المستشفى لمراجعة السياسات مع العاملين المحليين ، وكان ذلك في :

٢٣- إن استشارياً للأطفال قد زار المستشفى لمراجعة السياسات مع العاملين المحليين ، وكان ذلك في :

٢٤- إن ترتيبات محددة تم عملها لمشاركة استشاري النساء والتوليد في رعاية ما بعد الولادة .

نعم ؟ لا

الفصلية :

- ١٠- أنابيب وأكياس القسطرة مخفية عن الأنظار .
 ١١- المرأة الشخصية متوفرة .
 ١٢- يمكن للمرضى الاستحمام والذهاب لدورة المياه بخصوصية .
 ١٢- يمكن للزوار التحدث مع المرضى بحرية وعلى انفراد .

الاعتمادية :

- ١٤- يوفر للمرضى المعتمدين على الآخرين المعدات والوقت اللازم لإطعام أنفسهم .
 ١٥- يحتفظ المرضى بأموالهم ويمكنهم الصرف منها إن شاءوا .
 ١٦- يسمح للمرضى بتناول المشروبات .
 ١٧- هناك مجال / مكان يسمح للمرضى فيه بالتدخين .
 ١٨- المرضى غير المدخنين يجب ألا يتأثروا من بيئة فيها تدخين .

الاتصال :

- ١٩- المرضى الذين يرغبون في تأدية الصلاة جماعة يمكنهم تأديتها في المستشفى أو الجامع .
 ٢٠- أوقات الزيارة مرنة ويمكن للزوار الحضور في أى وقت .
 ٢١- أغلبية المرضى لديهم زوار .
 ٢٢- تتوافر الصحف والمجلات الحديثة .
 ٢٢- هناك إجراءات مبسطة للمرضى الذين يودون استخدام الهاتف .
 ٢٤- هناك ساعة مضبوطة وتقويم زمنى فى جميع غرف وأماكن الجلوس .
 ٢٥- تتم تلبية أجراس النداء بصورة فورية .

نعم	؟	لا
الأنشطة :		
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
البيئة :		
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
الرعاية الصحية :		
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

إن وحدة المراجعة التنظيمية بـ صندوق الملك (Kings Fund) قد قامت بتطوير أسلوب للتقييم الذاتى والمراجعة الخارجية . وهذا الأسلوب يساعد المديرين والممارسين السريريين على تطوير وتحسين مستوياتهم عن طريق تقييم وضعهم الحالى على صعيد الجودة بصورة واضحة ومفيدة . انظر الشكل رقم (٤-١١) .

إن القالب أو الأسلوب المتبع لكل خدمة يغطى الجوانب التالية :

١- الفلسفة والأهداف .

٢- الإدارة ، والعاملين ، والسجلات .

٣- تطوير وتعليم العاملين .

٤- السياسات والإجراءات .

٥- التسهيلات والمعدات والأجهزة .

٦- التقييم وضمان الجودة

الشكل رقم (٤-١١) قسم الأشعة : نموذج تقييم العينة (مواصلة)

خدمات الأشعة :

إن نماذج التقييم الذاتى قد تم تضمينها فى متن الوثيقة . والهدف من هذه النماذج هو إتاحة الفرصة للمستشفيات لإعطاء معلومات التغذية المرتدة حول مدى التقدم الذى أحرزته باتجاه تحقيق المستويات المعيارية . إن ما يسمى " صفحة المرآة - Mirror Image Page " يتضمن العناوين الرئيسية وأرقام كل مستوى . كما يتضمن عموداً لإجابات نعم/لا (متى كان مناسباً) . عندما تكون الإجابة " لا " ، يرجى إعطاء توضيح وتحديد ما إذا كانت النية تتجه نحو التوافق المعتقد حالياً . إذا كانت المساحة المتاحة للتعليق/التوضيح غير كافية ، يرجى استخدام ورقة إضافية منفصلة .

إن نصف الورقة المتبقية سيتم سكمالها من قبل أحد أعضاء فريق المسح . إن إكمال الوثيقة يسهم فى تحقيق هدفين هما :

١- أنه سيساعد صندوق الملك - كثيراً في عملية تطوير وتحسين المستويات المعيارية . والتعليقات التي يبونها سيتم تضمينها في مسودة دليل المراجعة التنظيمية .

٢- أن نسخة مكتملة التعبئة سترسل لكل عضو من فريق المسح . وسيزود هذا الإجراء الفريق ، مقدماً ، ببعض المؤشرات حول ما حققه المستشفى من تقدم باتجاه الوصول إلى المستويات ، كما يساعدهم للتخطيط للمسح .

يجب إرجاع النموذج بعد تعبئته لـ صندوق الملك - قبل (٦) أسابيع من تاريخ المسح الذي سيتم لمستشفاكم .

١- الفلسفة والأهداف :

إن هدف خدمات الأشعة هو تزويد المستشفى بخدمات تتميز بارتفاع جودتها ، والتأكد من سلامة وكفاءة رعاية المريض والتي تتوافق مع الوسائل المقررة والمناسبة (حالياً تم اللجوء إلى ضوابط الأشعة المؤينة للأعوام ١٩٨٥ ، ١٩٨٦ ، ١٩٨٧ ، و١٩٨٨م) .

المقاييس	التعليق
١-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٥-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٦-٣-١	
أ نعم () لا ()	نعم () لا ()
ب نعم () لا ()	نعم () لا ()
٧-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٨-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٩-٣-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-١	
١-٤-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-٤-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-٤-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-٤-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٥-٤-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٥-١	
١-٥-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-٥-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-٥-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-٥-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٥-٥-١ نعم () لا ()	نعم () لا ()

٢- الإدارة والتوظيف والسجلات :

يتم وضع أسس لتنظيم خدمات الأشعة ، وإدارتها ، وتأمين الموظفين اللازمين لها ، لتوفير بيئة آمنة للمرضى والموظفين ، إضافة إلى خدمة آمنة ذات كفاءة وفعالية عاليتين للمرضى .

المقاييس	التطبيق
١-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٥-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٦-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٧-٢	
١-٧-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-٧-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-٧-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-٧-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٨-٢	
١-٨-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-٨-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-٨-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٩-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٠-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١١-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٢-٢ نعم () لا ()	نعم () لا ()
المستشفى	المساح (Surveyor)

البيانات :

المقاييس	التطبيق
٢٨-٢	نعم () لا ()
٢٩-٢	نعم () لا ()
٣٠-٢	نعم () لا ()
٣١-٢	نعم () لا ()
٣٢-٢	نعم () لا ()
٣٣-٢	نعم () لا ()
٣٤-٢	نعم () لا ()
المستشفى	
المساح (Surveyor)	

المقاييس	التطبيق
٢٨-٢	نعم () لا ()
٢٩-٢	نعم () لا ()
٣٠-٢	نعم () لا ()
٣١-٢	نعم () لا ()
٣٢-٢	نعم () لا ()
٣٣-٢	نعم () لا ()
٣٤-٢	نعم () لا ()
المستشفى	
المساح (Surveyor)	

٢- تنمية الموظفين وتعليمهم وتدريبهم :

تقدم خدمات الأشعة برامج تدريب على رأس العمل لموظفيها ، على مختلف مستوياتهم ، وأخرى فى مجال التعليم المستمر ؛ وذلك لتشجيع التدريب من جهة ، وتنمية القدرات والمهارات ذات الصلة بالقضايا المتعلقة باحتياجات الأفراد ، والمتصلة بالأهداف المباشرة لخدمات الأشعة والمستشفى من جهة أخرى .

المقاييس	التطبيق
١-٣	نعم () لا ()
١-١-٣	نعم () لا ()
٢-١-٣	نعم () لا ()
٣-١-٣	نعم () لا ()
٤-١-٣	نعم () لا ()
٥-١-٣	نعم () لا ()
٦-١-٣	نعم () لا ()
٧-١-٣	نعم () لا ()
٨-١-٣	نعم () لا ()
٩-١-٣	نعم () لا ()
المستشفى	
المساح (Surveyor)	

المقاييس	التطبيق
١-٣	نعم () لا ()
١-١-٣	نعم () لا ()
٢-١-٣	نعم () لا ()
٣-١-٣	نعم () لا ()
٤-١-٣	نعم () لا ()
٥-١-٣	نعم () لا ()
٦-١-٣	نعم () لا ()
٧-١-٣	نعم () لا ()
٨-١-٣	نعم () لا ()
٩-١-٣	نعم () لا ()
المستشفى	
المساح (Surveyor)	

المقاييس	التعليق
٢-٣	نعم () لا ()
١-٢-٣	نعم () لا ()
٢-٢-٣	نعم () لا ()
٣-٢-٣	نعم () لا ()
٣-٣	نعم () لا ()
١-٢-٣	نعم () لا ()
٢-٣-٣	نعم () لا ()
٣-٣-٣	نعم () لا ()
٤-٣-٣	نعم () لا ()
٥-٣-٣	نعم () لا ()
٤-٣	نعم () لا ()
٥-٣	نعم () لا ()
٦-٣	نعم () لا ()
٧-٣	نعم () لا ()

المستشفى

المصاح (Surveyor)

٤- السياسات والإجراءات :

توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لجميع نشاطات خدمات الأشعة ، والتي بدورها تصور المبادئ والمعارف والضوابط الحديثة المتعلقة بحسن تقديمها ، ناهيك عن أهدافها ومتطلباتها القانونية .

المقاييس	التعليق
١-٤	نعم () لا ()
٢-٤	نعم () لا ()
٣-٤	نعم () لا ()
٤-٤	نعم () لا ()
٥-٤	نعم () لا ()
٦-٤	نعم () لا ()

المستشفى

المصاح (Surveyor)

المقاييس	التطبيق
٧-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٨-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٩-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٥-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٦-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٧-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٨-١٠-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١١-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٢-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١-١٢-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-١٢-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-١٢-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-١٢-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٣-٤	
١-١٣-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-١٣-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٣-١٣-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٤-١٣-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٤-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٥-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١-١٥-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
٢-١٥-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
١٦-٤ نعم () لا ()	نعم () لا ()
المستشفى	المصاح (Surveyor)

التطبيق	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()

المساح (Surveyor)

المقاييس	التطبيق	نعم () لا ()
١٥-٥		نعم () لا ()
١٦-٥		نعم () لا ()
١٧-٥		نعم () لا ()
١٨-٥		نعم () لا ()
١٩-٥		نعم () لا ()
٢٠-٥		نعم () لا ()
٢١-٥		نعم () لا ()
٢٢-٥		نعم () لا ()
٢٣-٥		نعم () لا ()

المستشفى

٦- التقييم وضمان الجودة :

تضمن خدمات الأشعة تقديم جودة رعاية عالية من خلال مشاركتها فى تقييم نشاطات المستشفى بتوافق وانسجام مع خطة ضمان الجودة المرسومة للمستشفى وخدمات الأشعة .

التطبيق	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()
	نعم () لا ()

المساح (Surveyor)

المقاييس	التطبيق	نعم () لا ()
١-٦		نعم () لا ()
٢-٦		نعم () لا ()
٣-٦		نعم () لا ()
١-٣-٦		نعم () لا ()
٢-٣-٦		نعم () لا ()
٣-٣-٦		نعم () لا ()
٤-٣-٦		نعم () لا ()
٥-٣-٦		نعم () لا ()
٤-٦		نعم () لا ()
١-٤-٦		نعم () لا ()
٢-٤-٦		نعم () لا ()
٣-٤-٦		نعم () لا ()
٤-٤-٦		نعم () لا ()
٥-٤-٦		نعم () لا ()

المستشفى

ملاحظات (تعليقات) المراجع :

رقم المقياس

جراحة اليوم الواحد :

مع تزايد التركيز الموضوع على التقليل من مدة بقاء المرضى فى المستشفى ، يعد إدخال خدمة جراحة اليوم الواحد فى نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية ، أحد العوامل الرئيسية التى تساعد على ذلك . وقد تم بحث مدى ونطاق جراحة اليوم الواحد فى المستشفيات التابعة لنظام الخدمة الصحية الوطنية ، ضمن الدراسة التى أجريت على مستشفيات الوحدة الصحية (NHSME VFM) التابعة لهذا النظام فى عام ١٩٩١م . وفيما يلى ملخص دليل ما احتوته الدراسة من موضوعات :

الموضوع	الصفحة
تقديم	I
جراحة اليوم الواحد : الوسائل العملية للتنفيذ - الخلاصة	III
١- المقدمة	
١-١ خلفية الدراسة	١
٣-١ الإطار المرجعى	١
٤-١ شكر وتقدير	٢
٢- إجراءات الدراسة	٣
٣- مجالات إجراء جراحة اليوم الواحد	٥
١-٣ أنواع المعالجة	٥
٥-٣ الاتجاهات	٧
٤- الموققات التى تواجه ممارسة عمليات جراحة اليوم الواحد	٩
١-٤ العوامل التى تحد من نمو جراحة اليوم الواحد	٩
٤-٤ فئات المرضى غير المناسبين لجراحات اليوم الواحد	١٠

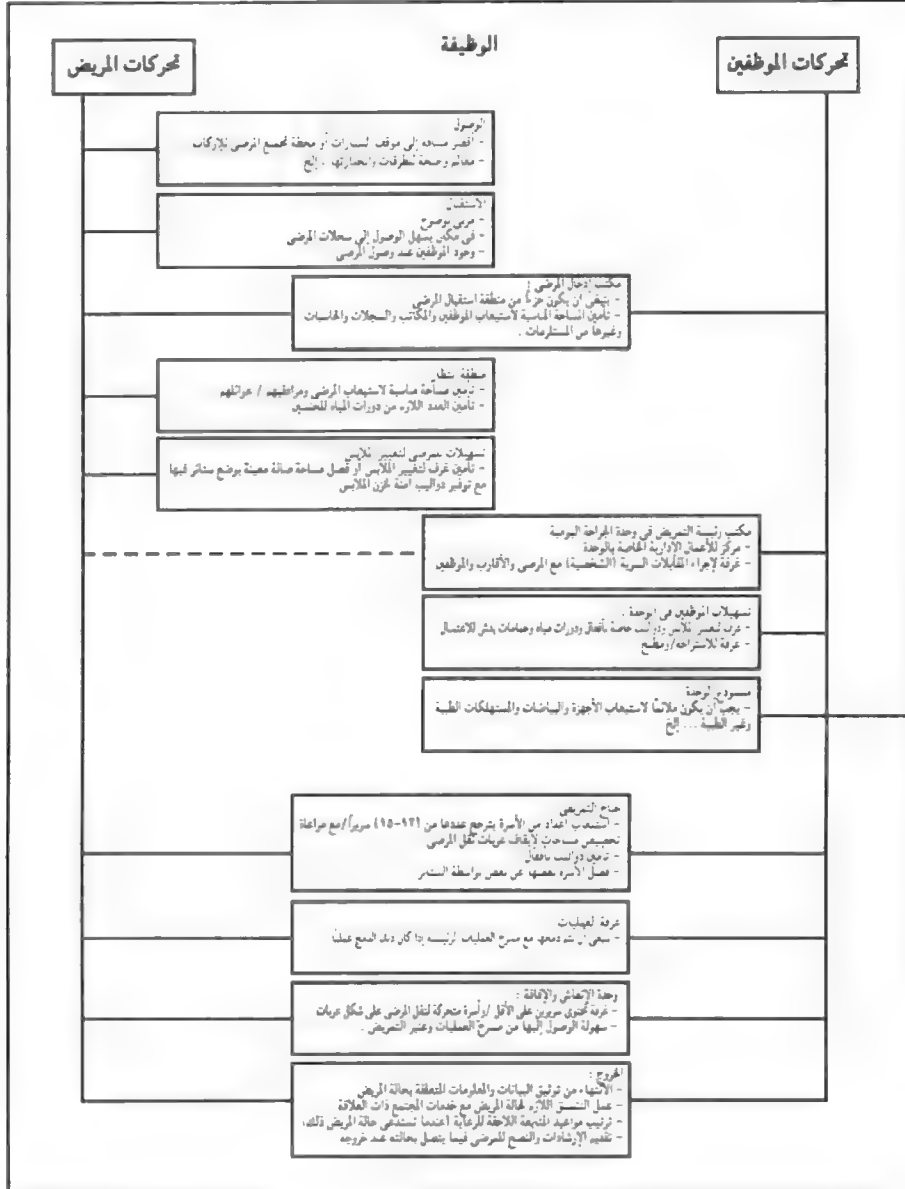
- ٦-٤ مضامين تأثيراتها من وجهة نظر الجراحين ١٠
- ١٢-٤ مضامين تأثيراتها من وجهة نظر استشاريي التخدير ١١
- ١٦-٤ مضامين تأثيراتها على خدمات المجتمع ١٢
- ٥- تنظيم جراحات اليوم الواحد ١٣
- ١-٥ وحدات جراحة اليوم الواحد ١٣
- ٢-٥ تأثير وحدات جراحة اليوم الواحد على الممارسات العملية ١٥
- ٣-٥ التخصصات الأقل شيوعاً ١٨
- ٦- إدارة شئون المرضى ٢١
- ١-٦ اختيار المرضى ٢١
- ٩-٦ استدعاء المرضى وترتيبات إدخالهم ٢٢
- ١٦-٦ المعلومات المقدمة للمرضى ٢٣
- ٢٠-٦ شفاء المريض وخروجه من المستشفى ٢٤
- ٧- إدارة وحدات جراحة اليوم الواحد ٢٧
- ١-٧ الإشراف والمراقبة الطبية لوحدة جراحة اليوم الواحد ٢٧
- ٧-٧ مدير وحدة جراحة اليوم الواحد ٢٨
- ١١-٧ التنسيق مع الفئات المستخدمة لغرف العمليات الجراحية ٢٩
- ٨- التوظيف ٣١
- ١-٨ توظيف الفئات الطبية المطلوبة لجراحات اليوم الواحد ٣١
- ٥-٨ توظيف أعضاء فئات التمريض اللازمة لجراحات اليوم الواحد وفق المهارات المطلوبة ٣١

- ١٠-٨ الدعم أو المساندة المقدمة لاستشارى التخدير المشارك
فى عمليات جراحات اليوم الواحد ٣١
- ١٢-٨ تعيين مشرفة التمريض ومساعدتها على عمليات
جراحات اليوم الواحد ٣٢
- ١٤-٨ توظيف الكتبة اللازمين لأعمال وحدة جراحة اليوم الواحد ٣٣
- ٩- المبانى (المرافق) ٣٥
- ١-٩ تحسين تجهيزات وتسهيلات العناية اليومية ٣٥
- ٢-٩ التخطيط الإستراتيجى لمبنى أو مرافق وحدة جراحة اليوم الواحد ٣٨
- ١٠- مسائل الجودة ٤١
- ١١- التدريب ٤٣
- ١-١١ الهيئة الطبية ٤٣
- ٤-١١ أعضاء هيئات التمريض والفئات الطبية الأخرى المساعدة
فى مجال جراحة اليوم الواحد ٤٣
- ١٢- التمويل (الموارد المالية) والمعلومات ٤٥
- ١-١٢ قضايا التمويل والتكاليف ٤٥
- ٢-١٢ البيانات المطلوبة ٤٨
- ١٣- برنامج مقترح من أجل تطوير جراحة اليوم الواحد ٥١
- ١-١٣ وضع الخطط والإجراءات العملية لنشاطات البرنامج ٥١
- ٥-١٣ تقييم القدرات والإمكانات الموجودة ٥١
- ٧-١٣ الموارد ٥٢

٥٣	التخطيط الإستراتيجي	٨-١٣
٥٤	المشورات الفنية	١١-١٣
٥٥	إدارة المشروع	١٤-١٣
٥٥	التخطيط الإجرائي	١٥-١٣

وتأسيساً على الدراسة السابقة : فقد أمكن الخروج بقائمة الوظائف الرئيسية لوحدة جراحة اليوم المتكاملة . ويوضح الشكل المرفق رقم (٤-١٢) العناصر الرئيسية لهذه القائمة :

الشكل رقم (٤-١٢) قائمة الوظائف الرئيسية لوحدات جراحة اليوم الواحد المتكاملة



على صعيد آخر ، يوضح الشكل رقم (٤-١٣) قائمة تقييم جراحات اليوم المقدمة حالياً حسب أنواعها وتصنيفاتها مع التوصية الضمنية لتحسين جودة هذا النمط من الجراحات وزيادة أعدادها :

الشكل رقم (٤ - ١٣)

عند الانتهاء من تعبئة الاستبانة ، يرجى إرسالها
من خلال المدير العام للوحدة إلى العنوان التالي :
VFM Unit, Room 1322a, Euston Tower,
286 Euston Road, London nwl 3dn

الخدمة الصحية NHS
الإدارة التنفيذية
وحدة VFM

استبانة حول تسهيلات تقديم جراحة اليوم الواحد

إرشادات تعبئة الاستبانة :

المرجو قراءة الإرشادات الواردة بالاستبانة بامعان قبل إكمال كل مرحلة أو قسم من أقسام هذا الاستبانة .

يرجى ملاحظة ما يلي :

- أن الأقسام الأول والثاني والثالث من الاستبانة ينبغي إكمالها من قبل جميع المستشفيات من خلال قسم العمليات الجراحية في كل منها .
- أن القسم الرابع من الاستبانة ينبغي إكماله فقط من قبل تلك المستشفيات التي ليس لديها وحدة متكاملة لجراحة اليوم .
- أن القسم الخامس من الاستبانة ينبغي إكماله فقط من قبل تلك المستشفيات التي لديها وحدة متكاملة لجراحة اليوم .

تعريف المصطلحات الواردة في الاستبانة :

- جراحة اليوم الواحد : يقصد بها العملية أو الإجراء الجراحي الذي يجري للمريض الذي يدخل المستشفى على أساس عدم الإقامة فيه . ويضم هذا النوع من الجراحات الإجراءات الجراحية الصغيرة ، والمتوسطة التي تجري تحت التخدير ، أو التسكين ، الموضعي أو العام . ويستلزم هذا النوع من الجراحات ، أيضاً ، فترة إفاقة من التخدير بعد الإجراء الجراحي وملاحظة ضرورية لحالته الصحية العامة . هذا بالإضافة إلى شمول هذا النوع من الجراحات للإجراءات التي يتم فيها استخدام بعض الأجهزة الخاصة ، مثل المناظير ، التي يجري فيها تنظير حالة المريض في غرف العمليات الجراحية .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ١٣)

- **وحدة الجراحة المتكاملة Integrated Unit** : سوف تضم هذه الوحدة كينونة جراحية متميزة مؤلفة من عنبر تمريض وغرفة (أو غرف) عمليات ، يجرى تشغيلهما كوحدة متكاملة. وسوف يكون لهذه الوحدة ، بصفة عامة ، جناحها أو أجنحتها الجراحية المستقلة ، وعنابرها الخاصة الملحقة بها ، إضافة إلى مكتب للدخول ، وغرفة للإفافة بعد العمل الجراحى لمراقبة الحالة الصحية للمريض. وقد تشمل هذه الوحدة ، أو لا تشمل ، غرفة للمناظير . وبشكل عام ، سوف يكون للوحدة طاقمها الخاص من العاملين (على الرغم أن الوضع ليس دائماً كذلك) الذين يعملون بها على وجه الحصر ، كشئ منفصل تماماً ، عن غرف العمليات الرئيسية أو طاقم العاملين فى عنبر التمريض .
- **إجمالى الوقت الكلى المتكافئ أو اللازم لإنجاز العمل** : ينبغى أن يحسب هذا الوقت بقسمة إجمالى عدد الساعات التى تم عملها على عدد ساعات العمل الأسبوعية المعيارية (الاعتيادية) لتلك الفئة أو النوعية من العاملين .
- **الوظائف المعتمدة فى الميزانية** : ينبغى أن يشمل ذلك جميع الوظائف ، بما فيها أية وظائف شاغرة والتى تم اعتماد وتوفير مستلزماتها المالية .
- **العاملون المعينون على الوظائف القائمة** : تشمل كل العاملين ، عدا من ينتسبون إلى أجهزة أخرى ، كما تشمل كل من هو على مسيرات مرتبات الوحدة ، بغض النظر عن كونهم فى إجازات دورية ، أو عادية ، أو أمومة ، أو مرضية ، أو من هم فى دورات تدريبية .

تابع الشكل رقم (٤-١٣)

القسم الأول :

رجاء إعطاء بيانات تفصيلية عن مستشفاك :

المستشفى :

ضابط الاتصال (الذي يمكن الاستفسار منه) :

رقم الهاتف والتحويلة :

المقاطعة :

المنطقة :

القسم الثاني :

١-٢ برجاء تحديد جميع التخصصات ضمن المستشفى التي تُجرى جراحات اليوم

الواحد كما تم تعريفها في صفحة الغلاف :

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | الجراحة العامة |
| <input type="checkbox"/> | أمراض النساء |
| <input type="checkbox"/> | أمراض المسالك البولية |
| <input type="checkbox"/> | جراحات العظام |
| <input type="checkbox"/> | الأسنان والفم |
| <input type="checkbox"/> | الأنف والأذن والحنجرة |
| <input type="checkbox"/> | العيون |
| <input type="checkbox"/> | جراحة التجميل |
| <input type="checkbox"/> | معالجة الآلام |
| <input type="checkbox"/> | أخرى - برجاء التحديد أدناه |

٢-٢ برجاء ذكر النسبة التقريبية لإجراءات جراحات الأطفال التي تجرى على

أساس اليوم الواحد : ☐ %

تابع الشكل رقم (٤-١٢)

القسم الثالث :

١-٢ برجاء التفسير أدناه (وذلك بوضع إشارة أمام المربع المناسب) حول أى من هذه الترتيبات العامة تصف بشكل دقيق إجراءات جراحات اليوم الواحد .

في حال اختلاف الترتيبات (مثلاً بين التخصصات) ، يرجى وضع إشارة واحدة أمام المربع الذي يصف بشكل دقيق الترتيبات المتعلقة بأهم الإجراءات الرئيسية . بعد ذلك انتقل إلى القسم رقم ٢-٣ لإكمال تعبئته .

- ☐ أ. وحدة مستقلة لجراحة اليوم الواحد - تشمل أماكن مخصصة لغرف العمليات وعنابر للتبريض وغرفاً لإدخال المرضى والإنعاش والإفاقة ، إضافة إلى غرفة المناظير الداخلية .
- ☐ ب. كما هو موجود في الفقرة أ ، لكن مع استبعاد غرفة المناظير الداخلية .
- ☐ ج. تجرى جراحة اليوم الواحد في جناح العمليات الرئيسي في غرف العمليات المتخصصة والمقصورة على إجراءات جراحات اليوم الواحد .
- ☐ د. تجرى جراحة اليوم الواحد في جناح العمليات الرئيسي حسب قوائم الجراحات المخصصة فقط لحالات جراحات اليوم الواحد ، دون أن يكون لهذه الجراحات غرف عمليات متخصصة ضمن جناح العمليات .
- ☐ هـ. تجرى جراحة اليوم الواحد في جناح العمليات الرئيسي بحيث تضم إجراءاتها الجراحية إلى قائمة الجراحات الروتينية .
- و. إجراءات أخرى - يرجى إعطاء تفاصيل موجزة عنها :

٢-٣ إذا كانت التخصصات الطبية الموجودة أو وحدات الجراحة تختلف عن الترتيبات الاعتيادية لجراحة اليوم الواحد ، يرجى تحديد التخصص وإعطاء نبذة مختصرة للترتيبات المتبعة مستخدماً التصنيفات الواردة أعلاه في الفقرات من (أ) إلى (و) حيثما كان ذلك مناسباً :

الترتيبات

التخصص

ملاحظة : إذا قمت بوضع إشارة أمام المربع (أ) أو (ب) ضمن القسم ٣:١ أعلاه ، يرجى إكمال القسم الخامس لهذه الاستبانة .

الجودة التنظيمية / الإدارية :

بالتحول من مسألة التقديم الفعلى للرعاية إلى مسألة إدارة خدمة الرعاية يلاحظ أن العناصر الرئيسية التى تستوجب القياس هى :

- الثقافة التنظيمية .
 - فعالية الفريق الإدارى .
 - الاتصالات التنظيمية .
 - تكامل أساليب الجودة الشاملة .
 - تطوير وسائل وتقنيات الجودة الشاملة .
- وفيما يلى توضيح لأسلوب مراجعة كل واحد من هذه العناصر الخمسة :

١- الثقافة التنظيمية :

القائمة التالية ليست حصرية ، ولكنها تمثل وسيلة أولية للنقاش بغرض الرفع من مستوى الوعى حول التجربة الابتدائية للثقافة عند دخول المستشفى .

دليل ملى لاكتشاف الثقافة التنظيمية :

الذهاب إلى المستشفى / مركز الرعاية :

- ١- عندما تقترب من المستشفى / المركز كيف يبدو لك ؟ هل يبدو لك مجمع مكاتب ، مصنعاً ، مدرسة ؟ أم ماذا ؟
- ٢- كيف تبدو البيئة الخارجية المحيطة بالمستشفى/المركز - هل تبدو - كمنطقة صناعية ، مزرحة ، خضراء ؟
- ٣- هل كانت هناك محاولة لتحسين المظهر ، وإذا كان الأمر كذلك ، كيف تم ذلك ؟
- ٤- ما هى أنواع الإرشادات / الإعلانات / الملاحظات الموجودة بالخارج ؟

٥- ما هي الإرشادات التي توضح لك الطريق إلى مدخل المستشفى/المركز ؟

٦- كيف يبدو المدخل الرئيسي ؟

٧- ما هو شعورك المباشر وأنت تدخل المستشفى/المركز ؟

٨- ماذا كانت طبيعة استقبالك ؟

٩- كيف كانت تبدو لك المسائل المحيطة التي قضيت أكثر الوقت قربها ؟

الرسائل البصرية حول المظهر الداخلي للمستشفى / المركز :

هناك طرق مختلفة لتناول مسألة المظهر الداخلي . وكما في حالة صفوف المنازل شبه المنفصلة أو في عقار سكن مجهول ، فإن كل منها سيكون مختلفاً جداً عن الآخر عند دخولك . إن للمؤسسات خيارات كبيرة فيما يتعلق بما يمكن أن تفعله كل منها . وعليه يمكنك أن تلقى نظرة حول مستشفى/مركزك بعين أخصائي التصميم الداخلي ويمكن لك التفكير في أسئلة من شاكلة :

١- كيف تم عمل ديكور الجدران والسقوفات ؟ ما هي الرسائل التي يمكن الخروج بها ومن مثل هذا الديكور ؟

٢- ما هي أنواع المنسوجات والأقمشة المستخدمة (الستائر ، السجاد....الخ) ؟

٣- ما هو نوع الأثاث الموجود ؟ ما هي حالة هذا الأثاث ؟

٤- ما هو نوع اللوحات والصور والأعمال الفنية الأخرى المعروضة ؟

٢- فعالية الفريق الإداري :

يرى "ماثيو 1990 Mathew" أنه من الممكن تقييم فعالية الفريق الإداري على أي مستوى تنظيمي في المنشأة .

٣- الاتصالات التنظيمية :

إن الاستبانة الموضحة في الشكل رقم (٤-١٤) تشير بصورة مبسطة إلى طبيعة الاتصالات البينية (بين الأشخاص) في الوحدة المقدمة لخدمات الرعاية الصحية .

الشكل رقم (٤-١٤) مناخ الاتصالات التنظيمية

مسح مناخ الاتصالات التنظيمية

إرشادات : هذه الاستبانة الموجزة تشير إلى طبيعة الاتصالات البينية (الشخصية) في مكان عملك أو منظمك . أجب عن كل سؤال بالشكل الذي يشير إلى المدى الذي يعبر فيه الأشخاص في محيط عملك (العاملين ، والزلاء ، والإدارة العليا) عن السلوكيات الموضحة . تذكر أنك لا تقوم بالتقييم لأي شخص ؛ فالهدف الأساسي هو الحصول على " صورة " حول المناخ الكلي للتداخل أو التفاعل في وحدة العمل أو المنشأة .

مفتاح الإجابات :

ع ج = إلى مدى عظيم جداً

ك = إلى مدى كبير

م = إلى مدى متوسط

ب = إلى مدى بسيط

ق/ل = إلى مدى قليل أو لا يوجد

ضع دائرة حول الحرف (أو الأحرف) التي تعبر عن المدى الذي تعتقد أنه يمثل المتعارف عليه من السلوك في وحدة عملك أو منشأتك :

إلى أى مدى الأشخاص في هذه الوحدة / المنشأة ...

١- يظهرون أنهم يستمعون لبعضهم بعضاً ، ويحاولون تفهم وجهات نظر الآخرين .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٢- يأخذون في الاعتبار ويعبرون شفاهة عن مشاعر يحاول عضو آخر التعبير عنها .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٣- يطلبون من الآخرين إعادة أو توضيح ما يقولون لاستيعاب الموضوعات بصورة أفضل .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل

تابع الشكل (٤-١٤)

٤- يعيدون صياغة ما قاله شخص آخر بفرض التوضيح قبل الإدلاء برأيهم .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٥- يشاطرون مشاعرهم بصور واضحة خالية من التهديد .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٦- يبذلون العون والتشجيع في النقاش من أجل سبر الموضوع بعمق .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٧- يعطون الآخرين فرصة الحديث ويفتحون أبواب الحوار للمشاركة في النقاش .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٨- يساعدون في استكشاف الموضوع بعمق دون محاولة لفرض آرائهم .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٩- يقولون بصورة واضحة في مقدمة حديثهم ما هي توقعاتهم بشأن بعضهم بعضاً .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
١٠- يواجهون الاختلافات المباشرة ويحاولون تفهم دواعي الاختلاف .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
١١- يعطون بعضهم بعضاً تغذية عكسية دون محاولة للتقييم .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
١٢- عندما يتحدثون يهتمون بالآخرين كشخص وزملاء .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل

جودة الرعاية التمريضية :

إن أحد أكثر الوسائل استخداماً من قبل الخدمة الصحية الوطنية لقياس مدى جودة الرعاية التمريضية هو نظام الرقيب (Monitor) . ويمثل هذا النظام التطويع البريطاني لمنهجية رش مديكس للعملية التمريضية Rush Medicus Nursing Pro- cess Methodology والتي تأسست على فحص متعمق للعديد من السبل والوسائل والدراسات التي استهدفت قياس جودة الرعاية .

إن نظام الرقيب الذي تم تطويره من قبل جولدستون وزملائه Goldstone et al., يتكون من أربع استبانات منفصلة للمرضى . وكل واحدة منها تتعلق بمكون مختلف من اعتمادية المريض (Patient Dependency) إلى جانب استبانة إضافية حول الجناح . ويعد هذا النظام مكتملاً وشاملاً . إن التوثيق المصاحب لهذا النظام متشعب وكبير . ويوضح الشكل رقم (٤-١٥) مثلاً لنظام الرقيب المأخوذ من الجانب الخاص بتخطيط الرعاية التمريضية .

تابع الشكل رقم (٤-١٥)

٧									
نعم									
لا ينطبق									
٢									
المجموع									

ال سجلات ب

إذا كان المريض يعاني من إعاقة (اضطرابات في السمع ، أو النظر أو النطق ، إلخ) هل تم تسجيل هذه الإعاقات خلال ٢٤ ساعة من الإيدخال ؟ إذا لم يتم تسجيل شيء افحص أو عاين المريض . إذا كان يعاني من إعاقات ارمز بلا . وإذا لم يكن يعاني من إعاقات ارمز لذلك بلا ينطبق .

تكامُل إدارة الجودة الشاملة :

من القضايا المهمة التي نوهنا عنها في الفصل الثالث الحاجة إلى التكامل التام بين التخطيط وإدارة الجودة وأوجه الإدارة الأخرى على نطاق الوحدة ، أخذين مثل هذه الحاجة في الاعتبار . هناك بعض العوامل الأساسية التي يجب تقييمها قبل الشروع في تنفيذ برنامج إدارة الجودة الشاملة . وهذه العوامل تتلخص في التالي :

- هل هناك علاقة / رابطة بين تخطيط الأعمال وإدارة الجودة الشاملة ؟
 - هل للمديرين أهداف تتصل بتحسين الجودة مضمَّنة في أهداف مراجعة النظراء لتحسين الجودة ؟
 - هل يتم قياس الأداء في الوحدة ؟
 - هل تتم عملية تحليل الفجوة في الأداء ؟
 - هل وظائف إدارة الجودة الشاملة مفهومة بصورة واضحة للإدارات الأخرى ؟
 - هل مؤشرات الجودة واضحة وثابتة في العقود ؟
 - هل هناك إستراتيجية شاملة لإعداد ووضع المستويات المعيارية ؟
- فيما يتعلق بالسؤال الأخير هناك قائمة إضافية يبرزها الشكل رقم (٤-١٦) .

الشكل رقم (٤-١٦) : قائمة إعداد ووضع ومراقبة المستويات المعيارية

نعم	قيّد العمل	لا
١- هل للإدارة مستويات معيارية مكتوبة تتسم بأنها :		
(أ) وصفية (أى لا يتم فى الغالب قياسها) .		
(ب) يمكن قياسها (محددة ، غالباً رقمية ، ويمكن قياسها) .		
٢- هل المستويات المعيارية التى يمكن قياسها :		
(أ) شاملة (تغطى كافة جوانب الخدمة) .		
(ب) تغطى بين (١ - ١٠) من المسائل / القضايا الرئيسية .		
٣- هل للإدارة فكرة واضحة/خطة بشأن المسائل/القضايا التى سيتم لاحقاً تغطيتها بالمستويات المعيارية ؟		
٤- هل كل العاملين فى الإدارة :		
(أ) يعرفون قليلاً عن مسألة إعداد ومراقبة المستويات المعيارية لهذه العملية .		
(ب) يعرفون ويوافقون على هذه المستويات المعيارية .		
٥- هل هناك عملية مراقبة واضحة يمكنها الوقوف على مستوى الأداء الراهن قياساً على المستويات المعيارية ؟		
٦- (أ) هل يتم إعداد تقارير ربع سنوية ؟		
(ب) هل تتم مناقشة التقارير مع العاملين ؟		
(ج) هل يتسلم المدير العام نسخة من هذا التقرير ؟		
(د) هل يتم اتخاذ إجراء بشأن الأداء غير المتوافق ؟		

قياس تكاليف الجودة :

عند الحديث مع كبار المديرين فى صناعات عديدة قامت بتنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة ، فإن الفرد يسمع دائماً أن الطريقة الأساسية إن لم تكن الوحيدة لقياس الجودة ، تنأتى من خلال تكاليف الجودة للمنشأة - بمعنى أن تكاليف الحصول على الجودة واستمراريتها ، هى قياس حقيقى لجهود الجودة (انظر أوكلاند Oakland 1989) .

إن الإدارة الفعالة للرعاية الصحية ، أى تأدية العمل بإتقان ، تتأسس على الموازنة بين الجودة المتحققة وعوامل التكلفة ، ويتحقق هذا الهدف عن طريق تحليل تكاليف الجودة .

ويعد تحليل تكاليف الجودة أداة قياس هامة للمديرين والسرييرين وهى توفر سبلاً للقيام بما يلى :

- قياس الفعالية الشاملة فى تقديم الرعاية الصحية .
- مراقبة التغيير الناتج عن الجودة الشاملة .
- تحديد مشكلات معينة ، وذلك جزئياً عبر آثارها وتبعاتها على التكلفة : واتخاذ قرار بشأن أفضليات أو أولويات التدخل .

إن إدخال نظم إدارة تكاليف الجودة يمكن أن تواجه بقدر كبير من المقاومة ، وذلك نتيجة الخوف لدى المديرين حيث ينظر البعض إليها على أنها وسائل توزيع / إلقاء اللوم على الإدارة ذات الأداء المتدنى (ديفز 1992 Davies) . من ناحية ثانية ، ينظر البعض إليها على أنها تمثل أسلوباً سلبياً ، بمعنى أنها معنية بقياس درجة الفشل . وعلى الرغم من هذه الانتقادات فإن هذه الطريقة تسمح للوحدة بتعريف وتحديد وفهم جوانب التكلفة الأساسية بها ، ونحيل القارئ لدراسة " كوش 1991 Koch " ودراسة " كوش Koch " و " هيجز 1991 Higgs " م : وذلك للمزيد من التفاصيل حول أوصاف تكاليف الجودة .

إن تطوير ثقافة للجودة فى نطاق الوحدة المقدمة للخدمة وتنفيذ وسائل وأنوات إدارة الجودة ينتج عنها المزيد من التوافق فى الرعاية والخدمة المقدمة وتحسين مستويات الأداء ، إضافة إلى ارتفاع فى درجة رضا العملاء ، وفى رفع الروح المعنوية للعاملين . ولكن ماذا يحدث على صعيد التكلفة ؟

إن الاستثمار فى التدريب على الجودة ، وبناء فرق الجودة ، وتطوير المهارات القيادية وباقى المشروعات المتصلة بتحسين الجودة ينبغى أن تؤدى إلى خفض فى تكاليف التشغيل ، وتكاليف الإيرادات ، وبالتالي سيؤدى ذلك إلى تحسن كبير فى " حصة سوق " الوحدة المقدمة للخدمة . إن نموذج " تكاليف الجودة " الذى أثبت نجاحاً كبيراً فى الصناعات التحويلية والخدمية ، يمكن أن يكون مفيداً فى تحديد وقياس مثل هذه التكاليف . وناقش فى الأجزاء التالية فوائد وأوجه القصور فى استخدام تكلفة الجودة كأداة لوضع أولويات جهود إدارة الجودة ، وأيضاً فيما يتعلق بتركيز جهود فرق تحسين الجودة فى تحقيق فوائد مالية ملموسة .

الدراسات الحالية حول تكلفة الجودة في نطاق الخدمة الصحية الوطنية :

إن العديد من الوحدات المقدمة لخدمة الرعاية الصحية لديها معلومات تفصيلية حول تكاليف الجودة . إن المشاريع التمهيدية قد بدأ العمل بها بالنسبة لخدمات الحالات الحادة (في منطقة شلتنهام ، ١٩٩٠م Cheltenham) وكذلك بالنسبة للخدمات الصحية ذات الأولوية القصوى (في منطقة أيلسبري ١٩٩٢م ، Aylesbury) وذلك كجزء أساسي من مشروعات المنطقتين لإدارة الجودة الشاملة .

لماذا نقيس تكاليف الجودة ؟

إن قياس تكاليف جودة الرعاية الصحية يرتبط بصورة معقدة وقوية بأعمال الرعاية الصحية وتطوير خطة الأعمال . كما أنه يركز الانتباه على بنود الإنفاق العالي ويساعد في تحديد الفرص المحتملة لخفض التكلفة ، كما يعتبر الخطوة الأولى باتجاه إيجاد نظم للرقابة .

الواقع :

من المستحيل وصف وحدة مقدمة للخدمة على أساس نموذجي . ولكن لغرض وضع هذا النقاش حول تكاليف الجودة في إطار يتسم بالواقعية ؛ فإننا نأخذ وحدتين رمزيتين على سبيل المثال - وهما مستشفى منطقة عامة (مركزي) ووحدة مجتمع صحية (مثل مركز الرعاية الصحية الأولية) . ويوضح الشكل رقم (٤-١٧) المعلومات حول هاتين الوحدتين . ونكرر أنهما وحدتان رمزيتان بغرض التوضيح .

الشكل رقم (٤ - ١٧)

وحدة مجتمع صحية	المستشفى العام بالمنطقة	
٧٥٠	١٠٠٠	عدد العاملين (على أساس وقت الدوام الكامل WTE)
١٠٠٠٠ جنيه	١٩٠٠٠ جنيه	ميزانية الدخل الإجمالي
% تكاليف الإيرادات	تكاليف الإيرادات	الأنشطة الرئيسية
٢-١	٣-٢	قبول المرضى
٤٠-٣٥	٣٠-٣٥	رعاية المرضى
١٥-١٠	٢٥-١٥	التشخيص / التقييم
٤٠-٣٥	٣٥-٣٠	العلاج
٤-٢	٥-٣	أنشطة خروج المرضى
٦-٤	١٠-٧	الخدمات المساعدة غير السريرية
٥-٣	٥-٣	الإدارة

التكاليف المرتبطة بالجودة :

هناك ثلاث مجموعات رئيسية لتكاليف الجودة في مجال تقديم الرعاية الصحية يمكن تحديدها وهي :

- تكاليف الوقاية :

تشمل الزمن أو الوقت والتكاليف المرتبطة بمحاولة خفض تكاليف الفشل وتكاليف التقييم في حدودهما الدنيا (انظر تفاصيل هذه التكاليف في الآتي) .

إن الوقت والدخل الذي يصرف على التدريب ، والتخطيط ، وزيادة وعي العاملين ، ومشروعات تحسين الجودة وإدارتها - كلها متضمنة هنا (الرواتب ، تكاليف إنشاء وظائف ضباط الجودة ، إلى جانب بعض وظائف المشرفين) .

- تكاليف التقييم :

تشمل هذه التكاليف الوقت والتكاليف التي تتحملها الوحدة في عملية تحديد مدى المطابقة / الموافقة بين أداء العاملين والمستوى المعيارى المتفق عليه أو الواضح للرعاية / الخدمة ، والمراجعة الإدارية والسريرية ، والتفتيش اليومى الظاهر (على سبيل المثال بواسطة ممرضة الجناح أو بعض العاملين) واختبار الأجهزة .

- تكاليف عدم التطابق فى الأداء :

تنقسم هذه التكاليف إلى ثلاثة أنواع :

- تكاليف الفشل الداخلى :

تتعلق بالفشل فى توفير الخدمة المناسبة للمريض أو العميل الداخلى قبل حصولهم على الخدمة (ضياح السجلات الطبية الذى يقود إلى إلغاء مواعيد مرضى العيادات الخارجية مثلاً) .

- تكاليف الفشل الخارجى :

تتعلق بفشل الرعاية / الخدمة بعد حصول المريض عليها . على سبيل المثال : معلومات غير مناسبة حول العلاج ، إرشادات ضعيفة للوصول لقسم الأشعة ، معلومات غير دقيقة حول المواعيد . (إن كلاً من تكاليف الفشلين الداخلى والخارجى تغطى أعمالاً لم يتم إنجازها بصورة سليمة للمرة الأولى ، وتتطلب المزيد من الموارد لتصحيحها) .

- تكاليف المتطلبات الزائدة :

إنه يبدو غريباً أن بعض عناصر الرعاية والخدمة يمكن أن تكون غير ضرورية ولا ترتبط بالنتيجة المرجوة . على سبيل المثال : الاختبارات التشخيصية الزائدة ، توفير الزائد للمعلومات ، المتابعة غير المناسبة / الضرورية عن طريق صغار الأطباء .

منهجية تكلفة الجودة :

إن التكاليف يتم حصرها لكل نشاط ومن ثم وضعها في مجموعات التكلفة المشار إليها سابقاً ، وتحديدًا : تكاليف الوقاية ، وتكاليف التقييم ، وتكاليف عدم التطابق في الأداء .

وباستخدام الأنشطة الرئيسية المحددة سابقاً (انظر الواقع) : فإنه يجب القيام بالمزيد من الفحص والاستقصاء لتحديد الجوانب التالية بصورة أكثر دقة :

- العملاء والموردون الرئيسيون للرعاية / الخدمة في كل نشاط وعلى كل مستوى في كل منها .

- وعى العاملين بمسائل الوقاية وأنشطة التقييم وتلك المتصلة بالفشل والوقت الذي يصرف في كل منها .

- القضايا الأساسية ، القضايا أو المسائل الفعالة أو عدم التطابق وأثرها على أداء الوحدة وتشغيلها .

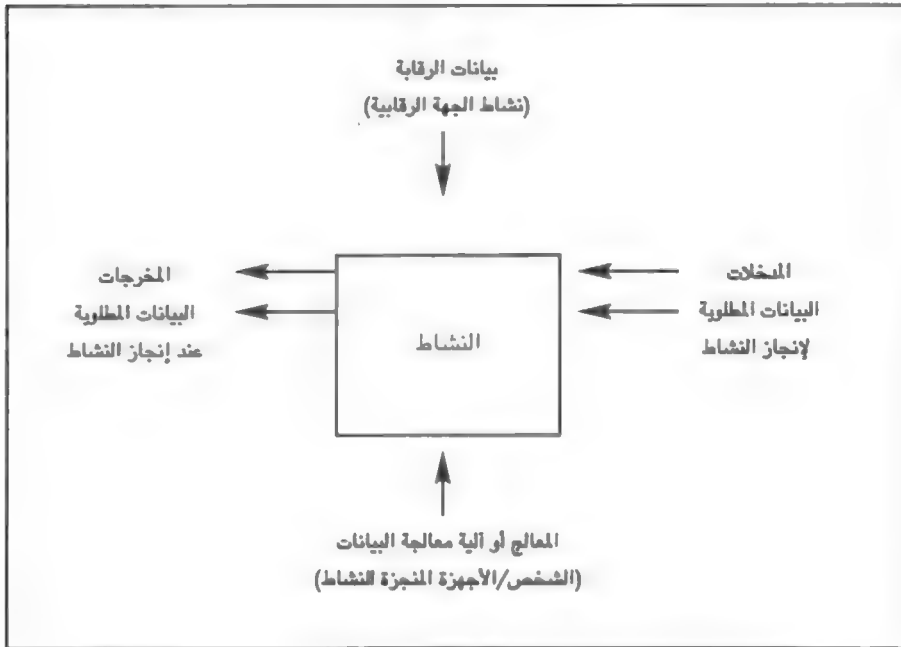
- التكاليف في شكل وقت و / أو دخل حقيقى تم صرفه على هذه الأنشطة .

إن الأنشطة الرئيسية بالمستشفى أو وحدة المجتمع يمكن تحليلها وتعريفها باستخدام نموذج المريض بمساعدة أسلوب التحليل والتصميم الهيكلي (Structured Analysis and Design Technique) . إن هذه المنهجية يطلق عليها اسم (IDEF) من قبل أصحابها وتم استخدامها للمرة الأولى لنمذجة نشاط سلاح الجو الأمريكى (USAF) ، وباختصار فإنها تعتمد على فكرة أن أى نشاط يمكن نمذجته على الوجه الذى يوضحه الشكل رقم (٤-١٨) .

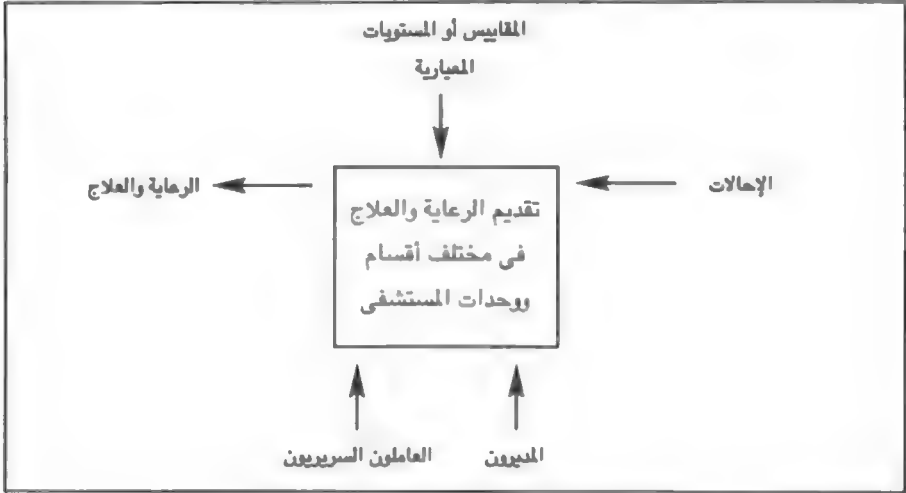
وعلى سبيل الإيجاز ، فإن المدخلات والمخرجات توضحان ما تم عمله بواسطة نشاط الرعاية الصحية ، فالرقابة توضح لماذا تم العمل ، والآليات توضح كيف تم العمل

وعن طريق مَنْ ؟ ! هذه الطريقة توضح القواعد أو الهيكل العام الذى يساعد فى إضافة المزيد من التفاصيل خلال مرحلة تحليل تكلفة الجودة . كما تسمح هذه المنهجية بتحديد المستويات المختلفة لتقديم الرعاية الصحية وربطها مثلاً بكل المستشفى ، أو إدارة المستشفى أو الإدارة السريرية (انظر الأشكال (٤-١٩) ، (٤-٢٠) ، (٤-٢١) ، (٤-٢٢) مع ملاحظة أنها لا تمثل أمثلة كاملة) .

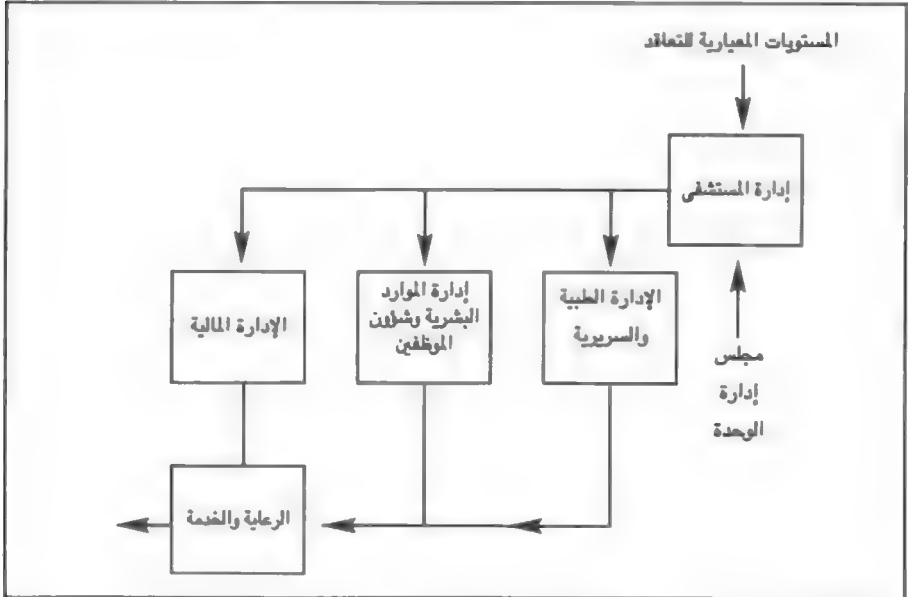
الشكل رقم (٤-١٨) أسلوب التحليل والتصميم الهيكلى (IDEF)



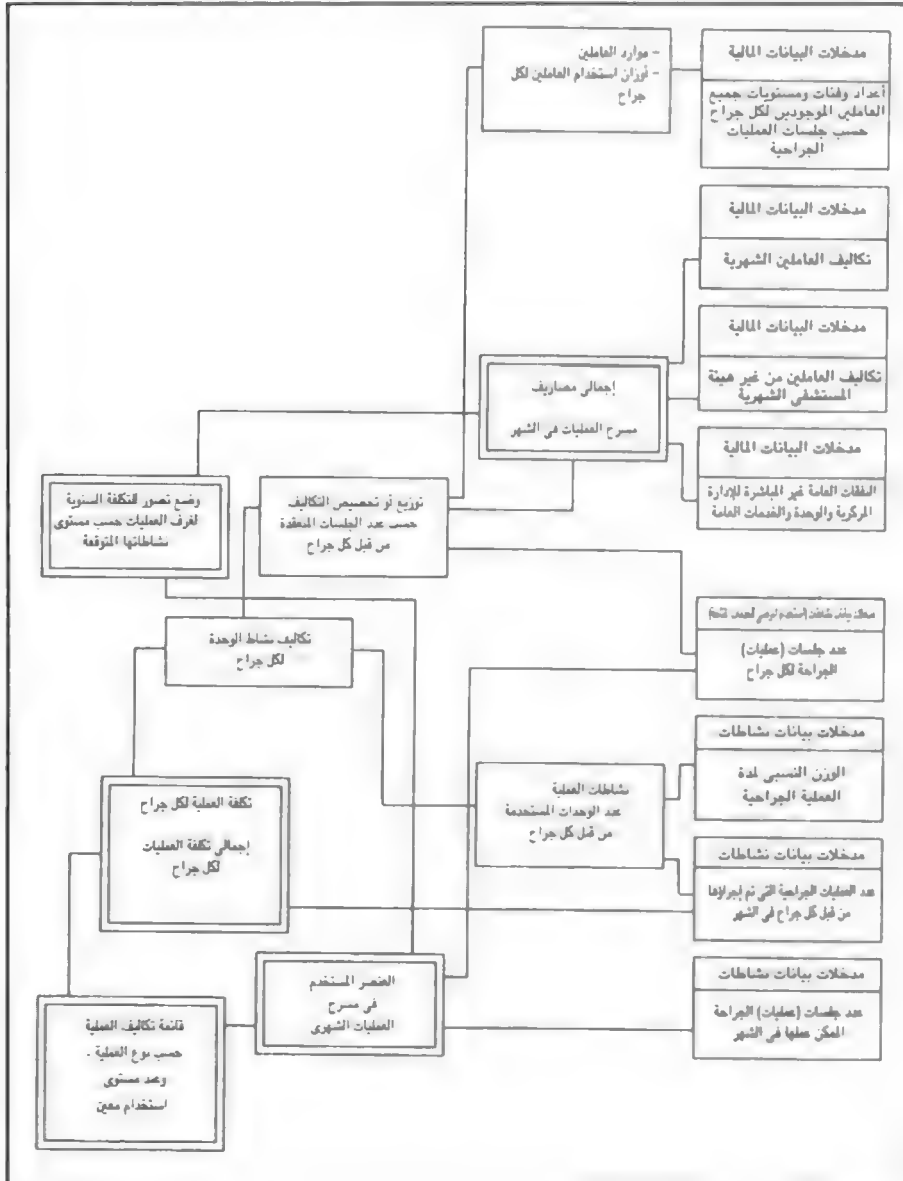
الشكل رقم (٤-١٩) : المستشفى كوحدة متكاملة



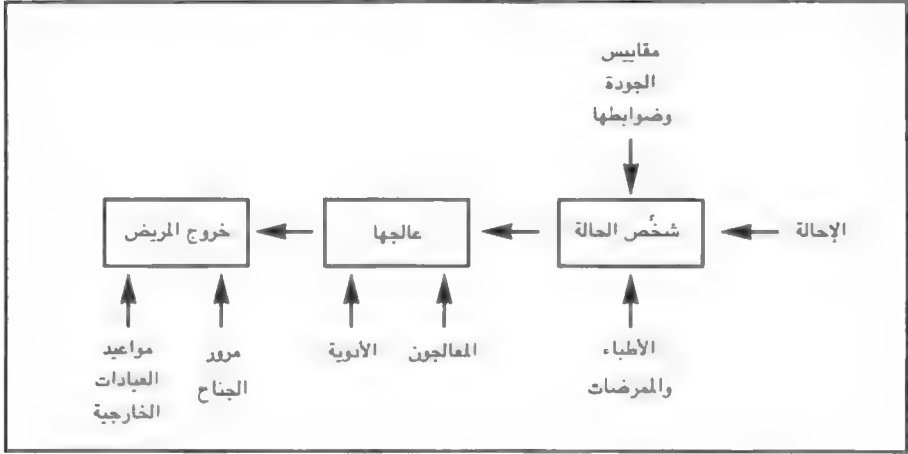
الشكل رقم (٤-٢٠) : إدارة المستشفى



الشكل رقم (٤-٢١) : البيانات المالية وأنشطة مرضى الجراحة : نموذج مسرح (غرف) العمليات



الشكل رقم (٤- ٢٢) : الإدارة السريرية

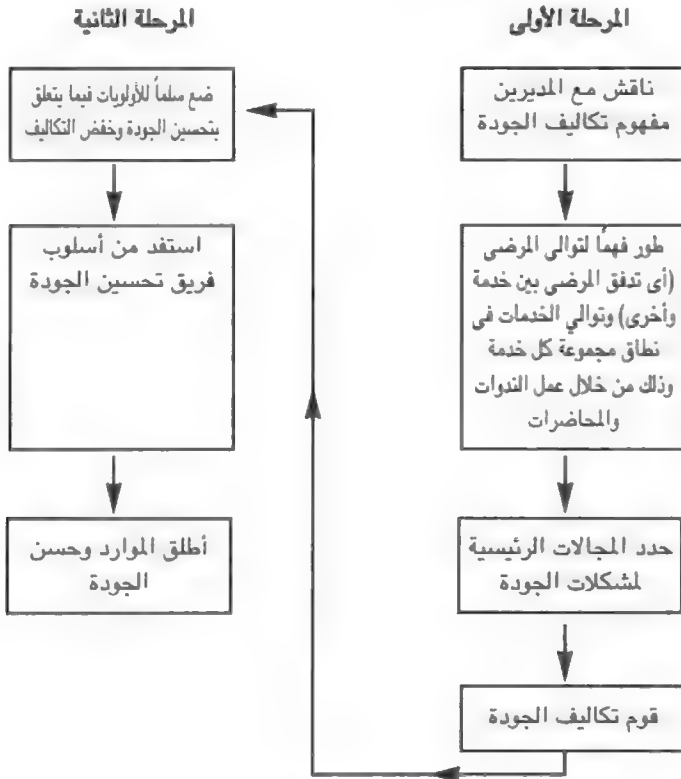


منهجية تكاليف الجودة :

الأهداف :

- ١- رفع درجة وعى العاملين حول المسائل المتعلقة بالتكاليف والخدمات والتكاليف المرتبطة بالجودة المتدنية .
- ٢- تقييم مستوى تكاليف الجودة فى إطار الوحدة (الفشل الداخلى/الخارجى ، التفتيش ، الوقاية) .
- ٣- إنشاء أسلوب فريق تحسين الجودة لإطلاق الاستفادة من الموارد (الإطلاق النقدى وغير النقدى) .

المنهجية :



هذا ، ويمكن تحديد ووصف مستويات أخرى ، كما يمكن إرفاق تكاليف الجودة الخاصة بها باستخدام هيكل (IDEF) بصورة أكثر شمولية .

إن الطرق الأخرى التى يمكن من خلالها جمع المعلومات تشمل : المقابلات ، والمسوحات ، والاستبانات ، والملاحظة المباشرة . وكل وحدة منها تعطى معلومات ذات مستويات اعتمادية متباينة وكذلك الأمر بالنسبة لدرجة صلاحيتها وفائدتها . انظر الشكلين (٢٣-٤) و (٢٤-٤) .

الشكل رقم (٤-٢٢) : جدول مجالات القضايا أو المشكلات

مجال القضية أو المشكلة	زمن الأحداث	تكلفة الفرصة البديلة	العلاج أو الحل	الوقت المطلوب	تكلفة الإجراء	العائد أو المردود النسبي
عيادة العلاج الطبيعى الخارجية						
ترحيل السجلات القديمة أو إتلافها						
تجهيزات ومرافق قسم التغذية						
تمويل Coshh						
إدارة السكرتارية ودعمها بالسكربتيرات التنفيذيات						
اختيار وتعيين الموظفين الجدد						

الشكل رقم (٤-٢٤) : العناية بتسكين الآلام وتخفيفها

العاثد أو المربود النسبي	تكاليف الإجراء	الوقت المطلوب	الإجراء التمحيص أو الحلول	تكاليف الفرص البديلة	الوقت/الهدر/ نوام العالمين الإضافي المحدث (في السنة)	النتائج أو الآثار	مجال القضية أو المشكلة
					وردية عمل مدتها ٣ ساعات لكل مرضة	- غياب نظام فرد المكالمات حسب أهميتها - تولي المرضى الإجابة عن المكالمات - نكوتين انطباع سيئ من قبل العملاء من المرة الأولى - ضياع وقت السكرتيرة في التفتيش	١- الاستقبال غير كاف رعاية العميل
					وردية عمل مدتها أربع ساعات	- الإجابة عن المرضى الهاتف بأداء الأعمال الإدارية بأنعمال الحسابات والأعمال الإدارية الأخرى ذات الصلة بنشاطات الإدارة	٢- قيام المرضى بأداء الأعمال الإدارية والكتابية
				- تكلفة تحسين الخدمة (٦٠٠٠) جنيه سنوياً - تكلفة زيادة عدد البياضات (٦١٠٠) جنيه سنوياً		- عدم الثقة بالخدمة الموجودة - ارتفاع تكلفة الخدمة الموجودة - الحاجة إلى بياضات إضافية	٣- استخدام خدمات المقاسل الخارجية

تابع - الشكل رقم (٤-٢٤) : العناية بتسكين الالام وتخفيفها

مجال القضية أو المشكلة	النتائج أو الآثار	الوقت/المهـر/ يوم العاملين الإضافي المحدث (في السنة)	تكاليف الفرص البديلة	الإجراء التصحيحي أو الحل	الوقت المطلوب	تكلفة الإجراء	العائد أو المربود النسبي
٤- التمويين المهـر	- طعام رديء، - طعام غير مقسم أو مجزأ بصورة جيدة - غير جذاب - خيارات محدودة - تناول العاملين لوجبات إضافية	- طعام مهـر - مهـر في وقت أعضاء هيئة التمريض	- تكلفة الطعام المهـر (٣٦٠٠٠) جنيه سنوياً - وقت أعضاء هيئة التمريض المهـر (١٢٠٠٠) جنيه سنوياً				
٥- الاستخدام غير المناسب لمعرضات "ماكميلان"	- تقييم المرضى . - الاجتماعات داخل الوحدة . - الإحالات المتأخرة . - التخطيط السيئ .	وقت المرضى الضائع يبلغ ٧٥ بما يعادل دوام ممرضتين	٢٠٠٠٠ جنيه NCR				- تحسن في رعاية المريض . - تحسن في العمليات . - رؤية عدد أكبر من المرضى من أفراد المجتمع .
٦- الجدولة غير المناسبة للعبادات النهارية	- إحالات غير مناسبة . - ازدحام المكان . - غياب المراجعة للرعاية المقدمة .			عقد لمدة ١٢ أسبوعاً			رؤية المزيد ممن الأشخاص

معاناة العاملين من عدم توفر الوقت اللازم للأنشطة التقييمية :

كنتيجة لمسح العاملين في مستوى أو آخر في الوحدة ، فإن تحليل المعلومات المجمعة سوف يظهر التالي :

- أن مجالات عدم التوافق عديدة ، ويمكن لها ، في بعض الحالات أن تؤدي إلى تكاليف باهظة (بعض الأمثلة على مثل هذا يوضحها الشكل رقم ٤-٢٥) .
- أن الوقت المخصص لعمليات الوقاية والتقييم (وخاصة الأخير) لا يكون دائماً ظاهراً وواضحاً ويتباين كثيراً بين وحدة وأخرى .
- أن الاستثمار الظاهر غير الكافي للوقت يحدث في أنشطة الوقاية وإلى حد ما في أنشطة التقييم .
- العاملون يواجهون صعوبات في الحصول على إذن للوقت الذي تحتاج إليه أنشطة التقييم والوقاية ، وخاصة إذا اتضح أن هذه الأنشطة ستبعدهم عن الرعاية المباشرة وأنشطة الخدمة .
- الوقت الذي يحتاج إليه النشاط التقييمي يتباين كثيراً اعتماداً على مدى وضوح النشاط المراد تقييمه .
- ومن حالات عدم التوافق التي تم تحديدها ، فإن الأمر يحتاج إلى اتخاذ قرار بشأن كيفية الاستمرار في المزيد من تحليل التكاليف . كما أن بنود عدم التوافق الرئيسية تحتاج إلى المزيد من التحليل (انظر الأشكال ٤-٢٦ إلى ٤-٢٨) فيما يتعلق بما يلي :

- المزيد من القياس الدقيق لحالات تكرار عدم التوافق .
- مجموعة العاملين ذات الصلة .
- الأثر الرئيسي لعدم التوافق / ومشكلة الجودة المتصلة به .
- الوقت الموظف / عدد العاملين / الدرجة .
- الآثار المحتملة فيما يتعلق بالتكاليف .

الشكل رقم (٤-٢٥) : نموذج أنشطة غير متوافقة

- موقف السيارات .
- العيادات الخارجية - حالات التخلف عن حضور موعد المراجعة .
- متطلبات الوجبة (المنومين بالمستشفى) .
- أوقات الاستجابة للصيانة .
- غرف العمليات / التنسيق والاتصال مع عاملى نقل المرضى .
- توافر أوعية ومستحضرات وأدوات غرف العمليات .
- مدى وضوح الكتابة على لاصق علب الدواء لجهة إرشادات تناول الدواء .
- استخدام المضادات الحيوية .
- الاتصالات الداخلية المتردية .
- المعلومات المالية غير المناسبة .
- توفير الوجبات الغذائية خلال ودية الليل .
- الاستخدام الخاطئ للخدمات التشخيصية .
- التأخير فى نقل العينات .
- التأخير فى نقل المرضى لقسم الأشعة .
- ضياع السجلات الصحية .
- نظم مواعيد تتسم بعدم كفاءتها .
- معدلات العدوى الناشئة عن المستشفى .
- الضغوط الشديدة فى المستشفى .
- مخزون غير كافٍ لجناح التمريض .
- التأخير فى تخريج المرضى .
- معدلات عالية لترك العمل عند المديرين .
- المزيغ المهارى لأعضاء هيئة التمريض .
- الاستدعاء الزائد لطلبات الفحوص المخبرية .
- الشكاوى .
- الدعاوى المرفوعة ضد المستشفى أو أعضائه العاملين .
- المرض الوراثى .

الشكل رقم (٤-٢٦) : تحليل المشكلة

المشكلة	العاملون ذوو الصلة	الأثر الرئيسى	الوقت المهتر الناجم عن هذا الأثر	التكلفة
ضغوط العمل الشديدة الناشئة فى المستشفى	المرضات	زيادة مدة بقاء المريض فى المستشفى	كل ١٥٠-٢٠٠ حالة ضغط عمل ناشئة عن المستشفى فى السنة تتسبب فى زيادة مدة بقاء المريض فى المستشفى لمدة أربعة أيام إقامة إضافية فيه	٣.٥ جنيه فى المتوسط العلاج الإضافى

الشكل رقم (٤-٢٧) : تكاليف تننى (فشل) الجودة - فى مجال الصحة العقلية للمسنين

تكاليف تننى (فشل) الجودة			الصحة العقلية للمسنين	
المشكلة	تكلفة الفرصة البهيلة سنوياً		النتيجة/الأثر	مجال القضية أو المشكلة
	CR	NCR		
			١- إطالة مدة بقاء المريض فى المستشفى (بسبب مشكلة الوضع الاجتماعى) - الموارد المهتره . - الانتظار أو الرحيل / وسائل راحة تؤمن الخصوصية . - مريض لكل جناح باستمرار . ٥.٠ لكل مريض بكل جناح نقاهة .	١- إطالة مدة بقاء المريض فى المستشفى (بسبب مشكلة الوضع الاجتماعى)
			٢- الإذخال غير المناسب للمستشفى (بسبب عدم ملاحة المساندة الكافية من المجتمع) - الموارد المهتره . - معدل الإذخال يساوى ٥.٠ حالة إذخال للسريير الواحد .	٢- الإذخال غير المناسب للمستشفى (بسبب عدم ملاحة المساندة الكافية من المجتمع)

تابع - الشكل رقم (٤-٢٧) : تكاليف تدنى (فشل) الجودة - في مجال الصحة العقلية للمسنين

تكاليف تدنى (فشل) الجودة			الصحة العقلية للمسنين
المشكلة	تكلفة الفرصة البديلة سنوياً	النتيجة/الأثر	مجال القضية أو المشكلة
CR	NCR		
		<ul style="list-style-type: none"> - هدر في الوقت المخصص لمواعيد الجلسات المخصصة للمسنين . - التسبب في عدم انتظام البرامج أو تعطيلها . - زيادة حالات الدخول للمستشفى النهاري . - وقت الدورات لكل ليلة . - وقت الإسعاف . - تكاليف الإعاشة . 	٢- عدم الحضور في الموعد المحدد في المستشفى النهاري (حجز ٢٥ مكاناً بما يشكل من ١٠-٢٨٪ من الحالات التي ترد إلى المستشفى النهاري)
			٤- الازدواجية في التقييم من قبل فريق الصحة العقلية للمجتمع
		<ul style="list-style-type: none"> - تعادل ساعة واحدة كل يوم لكل وحدة . 	٥- قيام الممرضات بذاء واجبات تنصل بأعمال كتابية
		<ul style="list-style-type: none"> - انخفاض في مستوى استمرارية الرعاية والعامل الرئيسي . - تدنى درجة رضا العاملين . 	٦- أنماط تنظيمية غير مرنة لأعضاء هيئة التمريض

الشكل رقم (٤-٢٨) : تكاليف تننى (فشل) الجودة - فى مجال خدمات المجتمع العامة

تكاليف تننى (فشل) الجودة			خدمات المجتمع العامة
المشكلة	تكلفة الفرصة البديلة سنوياً	النتيجة/الأثر	مجال القضية أو المشكلة
CR	NCR		
		<ul style="list-style-type: none"> - ستدفع الوحدة المزيد من التكاليف الرأس مالية مقارنة بالمنطقة المساعدة وذلك لتأمين التكاليف الكاملة لهذه الأسرة وليس التكاليف الهامشية . - حالياً معدل الاستخدام هو يومان قابلان للزيادة إلى ثلاثة أيام . - فى ظل معيار الاستخدام المتبع فى المستشفى النهارى والمتمثل فى يومين لكل مسمن هناك هدر فى الموارد يصل إلى ٤٠٪ من معيار الاستخدام المتبع . 	<ul style="list-style-type: none"> ١- بيانات استخدام خدمات مستشفى المجتمع . أ - سبعة أسرة إضافية مدفوعة الأجر (حالياً غير مستقلة) . ب - معدلات استخدام منخفضة للمستشفى النهارى .
		<ul style="list-style-type: none"> - التسبب فى تعطيل أوقات النشاطات السريرية أو انتظام أوقات تقديمها . 	<ul style="list-style-type: none"> ٢- عدم الحضور فى الموعد المحدد وحالات إلغاء المواعيد .
		<ul style="list-style-type: none"> - إضاعة وقت العاملين . - عدم رضا المريض . 	<ul style="list-style-type: none"> ٣- ترتيبات سينة لمواقف السيارات
		<ul style="list-style-type: none"> - وقت مهدر . - انخفاض معنويات العاملين . 	<ul style="list-style-type: none"> ٤- جمع المعلومات

تابع - الشكل رقم (٤-٢٨) : تكاليف تننى (فشل) الجودة - فى مجال خدمات المجتمع العامة

تكاليف تننى (فشل) الجودة			خدمات المجتمع العامة
المشكلة	تكلفة الفرصة الببيلة سنوياً	النتيجة/الأثر	مجال القضية أو المشكلة
CR	NCR		
		- ازواجية فى الوقت المهدر .	٥- إظهار غير نموذجى لمزيج العاملين تبعاً لمختلف فئاتهم ومستوياتهم المهنية
			٦- تننى فى إخراج المرضى اللاحق . استخدام ممرضات المنطقة (أى من المستشفيات المركزية الكبيرة)
		- إهدار للوقت وتركيز أقل على الإجراءات العملية .	٧- عمل فريق متعدد التخصصات وإدارة الوقت (فى المجالين السريرى وغير السريرى)

إن الدراسات الأولية فى العديد من الوحدات التى تقدم خدمات الرعاية فى المملكة المتحدة أشارت إلى أن التكاليف التقريبية للجودة ، أى التكاليف المرتبطة بتدنى الجودة أو فشلها ، غالباً ما تمثل ما بين (١٠-٢٠٪) من الميزانية التشغيلية . وهذه النسبة تقع فى الحدود التى تتوافر فى الشركات الكبيرة الأخرى . ولكن يجب إضافة أنه من المحتمل أن تكون إجمالى تكلفة عدم التوافق حوالى ضعف إجمالى تكلفة عدم التوافق الرئيسية التى يمكن تحديدها بسهولة . وقد يكون من المناسب فى هذه المرحلة من مراحل تطبيق نماذج تكاليف الجودة فى الوحدات الصحية أخذ الحذر عند تقدير الوفورات المحتملة من المعاملات المتصلة بإطلاق (تحرير) النقد . ورغم ذلك فإن الأهداف المتحفظة تترجح بين (١-٥٪) مع إمكانية تحقيق وفورات أكبر فيما يتعلق بوقت العاملين والذين لا يعملون بالكفاءة المطلوبة حالياً .

تكاليف الجودة - الخطة العملية :

- يجب اتباع الخطوات التالية من قبل الوحدات المقدمة للخدمة للتأكد من الحصول على الفوائد القصوى في الجودة والتكلفة عند استخدام أسلوب تكاليف الجودة .
- حل تدفق المرضى للرعاية والخدمة .
- حدد المجالات الرئيسية لعدم التوافق .
- حل وادرس بالتفصيل كل وحدة من مجالات عدم التوافق .
- ارفق/اربط التكاليف المترتبة بكل مجال (الوقت المهدر/الدخل المستخدم) .
- حل التكلفة الفعلية كنسبة الدخل في كل مجال .
- طور فرق تحسين الجودة لخفض عدم التوافق والتكلفة .
- طور نظماً لمعلومات تكاليف الجودة .
- أجرِ الاتصالات اللازمة مع العاملين المختصين لإخطارهم بالخطوات السبع المشار إليها أعلاه .
- حاول الحصول على أفكار بشأن التحسين والتطوير من العاملين .
- حدد تكاليف الاستثمار (إذا وجدت) لتحقيق التحسن .
- عين ودرّب فريقاً لتحسين الجودة للمساهمة في حل المشكلات : المسبب/الأثر ، ... إلخ .
- قسم التكاليف إلى : وقاية ، تقويم ، وفشل ، وبحث في سبل التركيز على الوقاية ؛ وذلك لخفض تكاليف التقويم والفشل .
- حدد المسؤوليات بشأن قياس تكاليف الجودة ، وتحديد أهداف التحسين ، ومراقبة التقدم/الاداء .

- اعترف بالنجاح فيما يتعلق بخفض عدم التوافق وإطلاق وقت العاملين و/أو الموارد وقدره واجز عنه .
- استخدم التقرير الأول حول تكاليف الجودة والمراجع اللاحقة له .

استنتاجات (ملخصات) :

يجب النظر إلى تكاليف الإنتاج وما يترتب عليها من خفض للتكاليف فقط في إطار التزام إداري كامل حول تحسين الجودة وعمليات إدارة الجودة الشاملة . وكنتيجة لتطويع والاستفادة من بعض الأفكار التي تتضمنها تكاليف الجودة يمكن وضع أهداف واقعية وكذلك مقابلتها . إن الاهتمام بالتدريب في مجال تكاليف الجودة مهم لجعل العاملين أكثر قدرة على فهم الدلالات المالية للتدريب .

تكاليف الجودة كجزء أساسي لتطوير خدمة الرعاية الصحية :

إن التكلفة النسبية للزيادة التدريجية في أنشطة الوقاية والتقييم المتصلة بإدارة الجودة ، ووضع ومراقبة المستويات المعيارية ، والمراجعة والتدريب على رعاية العملاء - يجب أخذها في الاعتبار وربطها بالتكاليف الحالية أو تكاليف خفض تدنى الجودة أو تكاليف عدم التوافق .

في هذه المرحلة ، وفي بداية تطوير وتطبيق أدوات ووسائل وثقافة إدارة الجودة في نظام الخدمة الصحية الوطنية (في بريطانيا) ، فإن تكاليف الجودة تعتبر جزءاً أساسياً للحفاظ على تطوير خدمة رعاية صحية متميزة .

إن أحد مخاطر التعامل مع تكاليف الجودة بتفاصيل شديدة يتمثل في أن المديرين سينشغلون بالدقة أكثر من اهتمامهم بقضايا الجودة/التوافق نفسها . ومن المحتمل أن (٢٠٪) من المتغيرات تكون مسؤولة عن (٨٠٪) من تكاليف الجودة . وعليه فإن التركيز على البنود الرئيسية لعدم التوافق سيعطي أفضل النتائج/العوائد على الجهد

المبذول . إن متوسط تكاليف الجودة المحدد بـ (١٠-٢٠٪) من دخل التشغيل يعنى أنه فى الوحدة المتوسطة هناك حوالى (١٠/١) من الطاقة الإضافية تصرف على إنتاج الهدر والممارسة المتدنية الكفاءة . وعليه فهناك ربط مباشر بين تحسين الجودة والعمليات ؛ لذا يمكن تحويل تكلفة الجودة التى تترجع بين (١٠-٢٠٪) إلى استخدام إنتاجى - من خلال إدارة الجودة الشاملة - ويمثل ذلك هدفاً معقولاً .

وقد أشير إلى أن غالبية الوقت المخصص للجودة يصرف على تصحيح أخطاء حدثت ، بمعنى أنها تعمل فى إطار الفشل (Failure mode) . إن وفورات التكلفة الكبيرة : أى التخفيض فى تكاليف تدنى الجودة يمكن الحصول عليها إذا تم التعامل مع الوقاية بشكل أكثر جدية . إن المراجعة السريرية والطبية وأساليب إدارة الجودة الشاملة الأخرى تهدف إلى منع حدوث المشاكل من خلال ما يلى :

- الإدارة فى الوقت المناسب .

- تخفيض وإبعاد العمليات الزائدة .

- التخلص من العيوب والخلل .

تكاليف التفتيش والوقاية :

للتذكر فهناك ثلاثة أقسام لتكاليف الجودة هى :

- تكاليف الوقاية .

- تكاليف التقويم .

- تكاليف عدم التوافق .

هذا ، وقد تمت معالجة القسم الأخير من هذه التكاليف أعلاه والذى يمثل الجزء الأكبر من تكاليف الجودة .

تكاليف الوقاية :

إن المقابلات مع المديرين غالباً ما تشير إلى وعيهم بالحاجة إلى نشاط يتصل بالوقاية / تحسين الإنتاجية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن السائد في إطار الخدمة الصحية الوطنية هو عدم سهولة إتاحة الوقت اللازم للقيام بهذا النشاط . في أوساط الإدارة الوسطى ورؤساء الأقسام فإن مفهوم / قضية الوقاية مفهومة ولكن ليس هناك وقت كافٍ للقيام بها .

من الواضح أن تكاليف الوقاية ليست كبيرة . وهي تشمل الوقت الذي يصرف على الأنشطة التالية :

- ١- التخطيط الإستراتيجي للجودة الشاملة .
- ٢- تنفيذ مبادرات الجودة الشاملة الرئيسية :

 - أ) فرق تحسين الجودة : التدريب والاجتماعات .
 - ب) إيجاد مستويات أو ضوابط للجودة وآليات للمراقبة والمتابعة .
 - ج) تكاليف الجودة .
 - د) معلومات التغذية المرتدة من العميل .
 - هـ) التدريب (لأغراض تحسين الجودة) .

- ٣- المراجعة الطبية والتمريضية والسريية .
- ٤- نصائح الاستشارات الخارجية .

تكاليف التفتيش والتقييم :

رغم وجود تفهم لهذا النمط من التكاليف ، إلا أن عدم توفر الوقت الكافى على مستوى الإدارة العليا والمتوسطة ورؤساء الأقسام يزيد من تعقد مفهوم (وبالتالى تطبيق) تفتيش ومراقبة أداء العاملين من المهنيين أو الاحترافيين المتخصصين . وهذا التعقيد يمكن أن يقل بزيادة تصميم واستخدام أفكار وممارسات تتصل بوضع ومراقبة المستويات المعيارية وإدارة العقود . هذا ، وتتلخص الأنشطة الرئيسية تحت هذا العنوان (كما توضحها الأشكال من ٤-٢٩ إلى ٤-٣٥) فى التالى :

١- المراجعات لمجالات سريرية محددة .

٢- الإشراف على العقود المماثلة لعقود الفنادق .

٣- الرقابة على أنشطة العدوى .

٤- مراقبة وقياس أداء العاملين .

٥- مراجعة قوائم الصحة والسلامة .

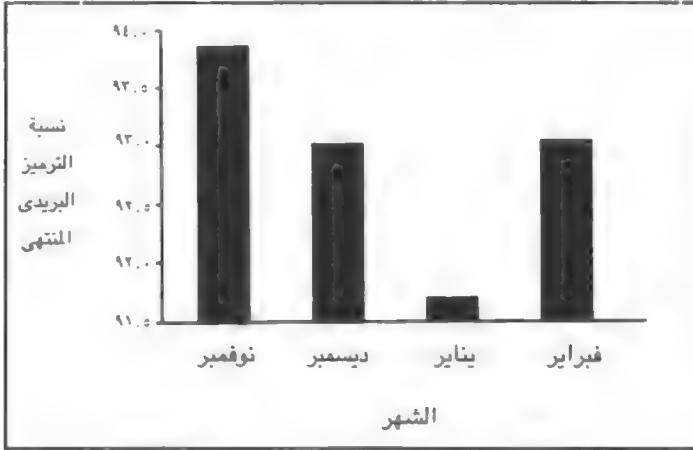
الشكل رقم (٤ - ٢٩) : نتائج مراقبة جميع العيادات الجراحية التي انعقدت خلال فترة الدراسة

الاستشارى				المقياس (أو المعيار)
د	ج	ب	أ	
غير مبين	غير مبين	٢ يومان	٩ أيام	تم إرسال خطابات الشكر فى معدل :
١١ أسبوعاً	٤ أسابيع	١٤ أسبوعاً	٣ أسابيع	أوقات انتظار مواعيد الحالات غير العاجلة كانت فى حدود :
١١ أسبوعاً	٤ أسابيع	١٤ أسبوعاً	٣ أسابيع	تم إعطاء إشعار مواعيد الحالات غير العاجلة خلال مدة
٥,٤ /	٧,٩ %	٧,٥ %	٥ %	نسبة الذين تغيبوا عن مواعيدهم كانت :
١٦ /	١٠ /	٢,٤ /	١٠ /	نسبة المواعيد التي تم تغييرها للمرضى من قبل المستشفى بلغت :
٩ دقائق	١٥ دقيقة	١٠ دقائق	٢٢ دقيقة	معدل التأخير فى بدء دوام العيادة بلغ :
١٠٠ %	١٠٠ %	١٠٠ %	٢,٨ /	نسبة نتائج الفحوص والاختبارات غير المتوافرة :
٢٠٠,٥ /	١٠٠ %	٤-٢٠,٥ /	٢-١,٥ %	نسبة الملفات (أو بطاقات السجل الطبى) غير المتوافرة عند بدء العمل فى جميع عيادات الجراحة ترجحت بين
٣٥ دقيقة	٥ دقائق	٣٥ دقيقة	٢٤ دقيقة	معدل التأخير بعد دوام العيادة بلغ
٥٠ %	١٠٠ /	٤٧ /	٢٨ /	نسبة المرضى الذين تم مشاهدتهم من قبل الاستشارى :
٤ أيام	٣ أيام	٥ أيام	٦ أيام	تم طباعة التقارير الطبية ذات الصلة بملخص حالات المرضى فى معدل زمنى قدره :
				بيانات افتراضية

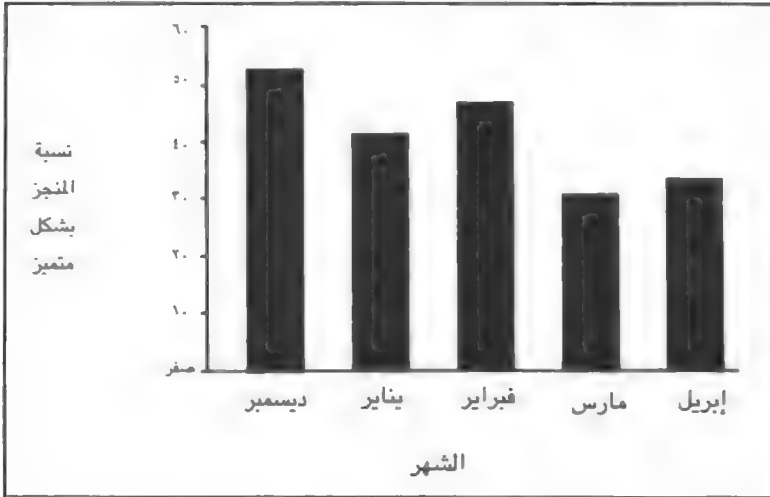
الشكل رقم (٤ - ٣٠) : دراسة مسحية للنقل

					أوقات التجميع والتوصيل	
					الهدف المباشر	إلى موقع (x)
الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين		
-	-	(١)	(٦)	(١)	٪٠.٠	عدد المرضى .
-	-	٪٩.٥	٪٣١.٦	٪٩.١		نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة صفر مئوية قبل الساعة التاسعة والربع .
(١٣)	(١١)	(١٢)	(١٣)	(٩)	٪٧٨	عدد المرضى .
٪٩٢.٩	٪٧٣	٪٧٠	٪٦٠	٪٨٢	أو ٪٧٨ أكثر	نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٪٧٨) بين الساعة التاسعة والربع والساعة العاشرة والربع .
(١)	(٤)	(٤)	-	(١)	٪٢٢	عدد المرضى .
٪٧.١	٪٢٦.٦	٪٢٢.٥	-	٪٩	أو ٪٢٢ أقل	نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٪٨) بعد الساعة الرابعة والربع مساءً .
(٦)	(٨)	(٥)	(١٥)	(٣)	٪٤٤	عدد المرضى .
٪٤٠	٪٥٠	٪٢٩.٤	٪٨٠	٪٢٧.٢	أو ٪٤٤ أقل	نسبة الذين تم نقلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٪٤٤) قبل الساعة الثالثة والربع من بعد الظهر .
(٧)	(٨)	(٦)	(٤)	(٥)	٪٤٨	عدد المرضى .
٪٩٢.٩	٪٧٣	٪٧٠	٪٦٠	٪٨٢	أو ٪٤٨ أكثر	نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٪٤٨) بين الساعة الثالثة والربع والساعة الرابعة والربع من بعد الظهر .
(٢)	-	(٦)	-	(٣)	٪٨	عدد المرضى .
١١.٧٦	-	٪٢٥.٣	-	٪٢٧.٢	أو ٪٨ أقل	نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٪٢٢) بعد الساعة العاشرة والربع .
- عدد المرضى الذين لم يتم توصيلهم إلى موقع (x) هو						
- عدد المرضى الذين لم يتم نقلهم إلى موقع (x) هو						

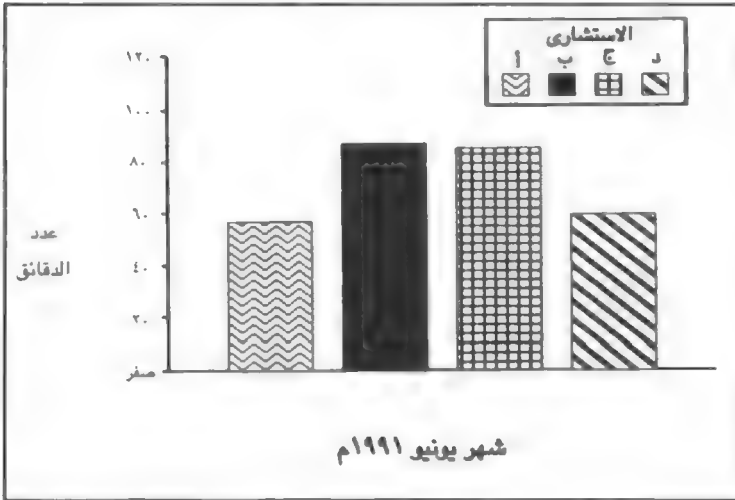
الشكل رقم (٤ - ٣١) : نسبة الترميز البريدي المنتهى



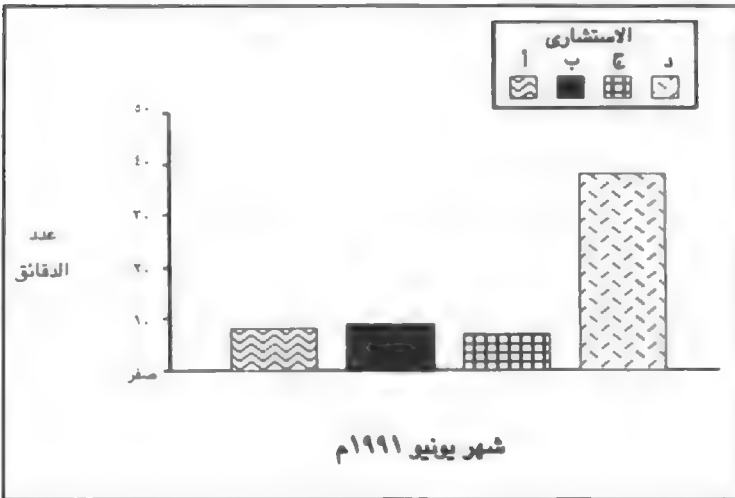
الشكل رقم (٤ - ٣٢) : نسبة ترميز البيانات السريرية



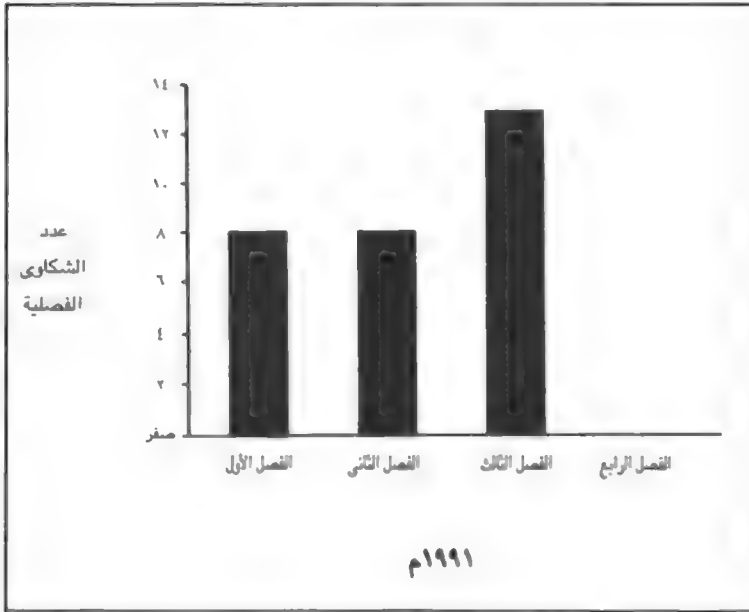
الشكل رقم (٤ - ٢٣) : معدل التأخير بعد انتهاء نوب العيادة



الشكل رقم (٤ - ٢٤) : معدل التأخير عن موعد بداية نوب العيادة



الشكل رقم (٤ - ٣٥) : الشكاوى الفصلية



الفصل الخامس

تخطيط الجودة وتعدد مؤشراتها

إطار تخطيط الجودة - الجزء الأول : نموذج ماكسويل :

في مستشفى " نورث ويك بارك Northwick Park " بمنطقة هارو " Harrow " وعقب تطوير هيكل الإدارة السريرية (كما تشير دراسة كوش و تشابمان Koch & Chapman ، 1991) ، والذي يعتبر الآن أكثر الهياكل الإدارية تطبيقاً على نطاق الخدمة الصحية الوطنية (NHS) ، فإن تنفيذ تخطيط الجودة ومراقبتها أضحت تعد المصدر الأساسي لأكثر الأطر البناءة والتي في نطاقها يمكن أن تعمل الإدارات السريرية والتمريض ومديرو الأعمال بصورة فعالة .

لقد أفضت الندوة الأولية التي ضمت كبار المديرين والسريريين إلى تطوير إطار يمكن من خلاله فحص مسألة الجودة على نطاق الوحدة .

وبصورة متزامنة مع تطوير إطار فحص الجودة ، ناقشت هذه الندوة المسائل التي رغبت الجهات العملية الرئيسية ، تحديداً سلطة " هارو الصحية " ، أن تراها ضمن أجندة (برنامج عمل) الجودة المحلية وهي :

- ١- مدى مناسبة العلاج والرعاية .
- ٢- الخدمات الفعالة .
- ٣- الخدمات المقبولة .
- ٤- الخدمات التي يمكن الحصول عليها .
- ٥- تقدير خدمات العاملين .
- ٦- البيئة الآمنة .
- ٧- القدرات الإدارية .
- ٨- المراجعة الطبية والسريرية .
- ٩- الالتزام بالسياسات الخارجية والقوانين والممارسات المقبولة .
- ١٠- الحدود الدنيا لأوقات الانتظار وقوائم الانتظار .

وقد ألقى على عاتق مستشفى " نورث ويك بارك Northwick Park " كمورد أساسى لسلطة هارو الصحية مسؤولية التأكد من أن خطتها للجودة قد احتوت الأنشطة والمعلومات التى تتأكد من خلالها سلطة هارو الصحية من توفير رعاية تتميز بارتفاع الجودة .

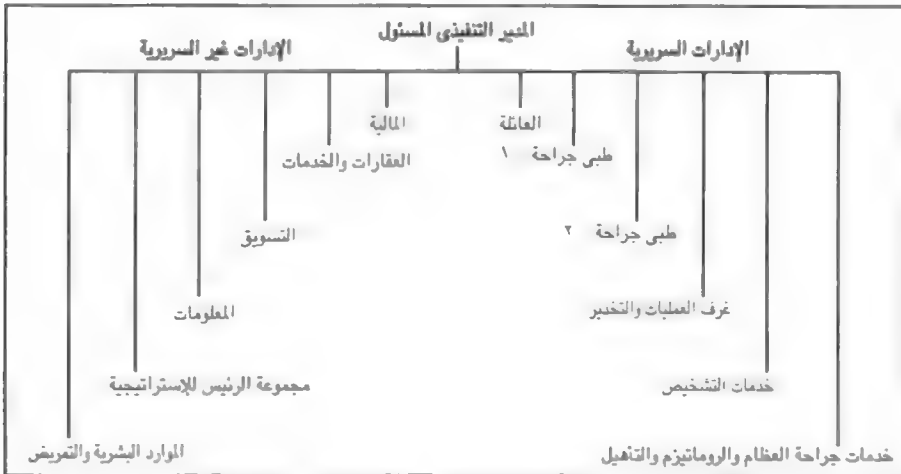
إطار خطة الجودة لمستشفى " نورث ويك بارك " :

إن مستشفى " نورث ويك بارك " ملتزم بتوفير خدمات سريرية ذات مستويات جودة رفيعة تقابل متطلبات المرضى والعلاء الآخرين ، كما تم توضيحها فى العقود التى أعطيت للمستشفى من قبل سلطة هارو الصحية .

ولكن لتحقيق هذه الرسالة ، فإن المطلوب هو إيجاد أسلوب هيكلى منتظم تجاه مسائل الجودة ، على أن يضمن هذا الأسلوب ، أيضاً ، إرضاء توقعات سلطة " هارو الصحية " المشمولة فى مواصفات المشتري (المستفيد من الخدمة) .

ولكن ماذا يعنى هذا فى أرض الموقع ؟ كنتيجة للحلقات الدراسية الداخلية التى عقدت مع كبار المديرين تم الاتفاق على أن الخدمات ذات الجودة المرتفعة يجب النظر إليها على أنها تتضمن الأفكار التكاملية التالية مع إيجاد تعريف عملى لكل منها .
(انظر الشكل رقم ١-٥ والشكل رقم ٢-٥) .

الشكل رقم (١-٥) : الهيكل التنظيمى للإدارة



١- يجب أن تتصف الخدمات بما يلي :

- إمكانية الوصول .
- الفاعلية .
- القبول .

- المناسبة لكل من : المريض ، المستفيدين ، ووزارة الصحة .

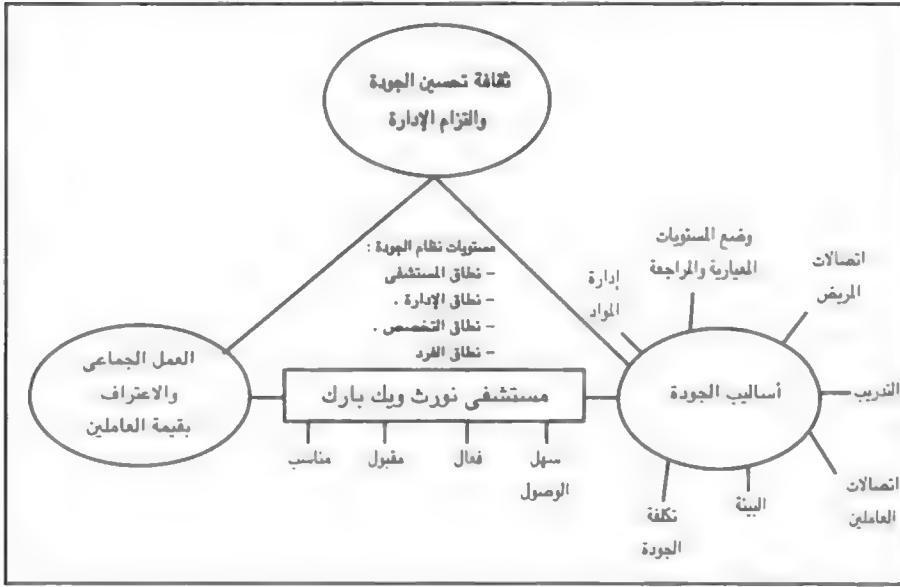
٢- يجب أن تكون الخدمات منظمة مع توافر مدخلات الجودة المناسبة من حيث :

- التزام الإدارة الواضح ، والقيادات والقدرات .
- العمل الجماعي مع الاعتراف بقيم العاملين وقيمتهم .
- تطبيق وسائل الجودة : المراجعة السريرية ، وضع المستويات المعيارية ، المعلومات ، المراقبة ، الاتصالات .
- المراقبة وتحديد مستوى الأداء بالمقارنة مع مواصفات العقد مع العمل على تقليص المواصفات غير المتوافقة .

٣- يجب النظر إلى جودة الخدمات عبر أربعة مستويات هي :

- نطاق المستشفى .
- نطاق الإدارة .
- نطاق التخصص / النطاق السريري .
- نطاق الفرد من العاملين .

الشكل رقم (٥-٢) : نموذج لإدارة الجودة الشاملة



تحدد خطة الجودة عدداً من المكونات لتقديم الخدمة والتي يحتاج إليها كل مستشفى وكل إدارة ؛ وذلك للتأكد من اهتمامه بها والتي تقدم وفقاً لمستويات محددة ومقبولة . وهذه المكونات تم حصرها ضمن ثلاث مجموعات هي :

١- تقديم الرعاية للمريض .

٢- الوسائل / الأنظمة .

٣- العمل الجماعي وقيمة العاملين التي تشمل :

- الثقافة والالتزام .

- التميز في النطاق التخصصي .

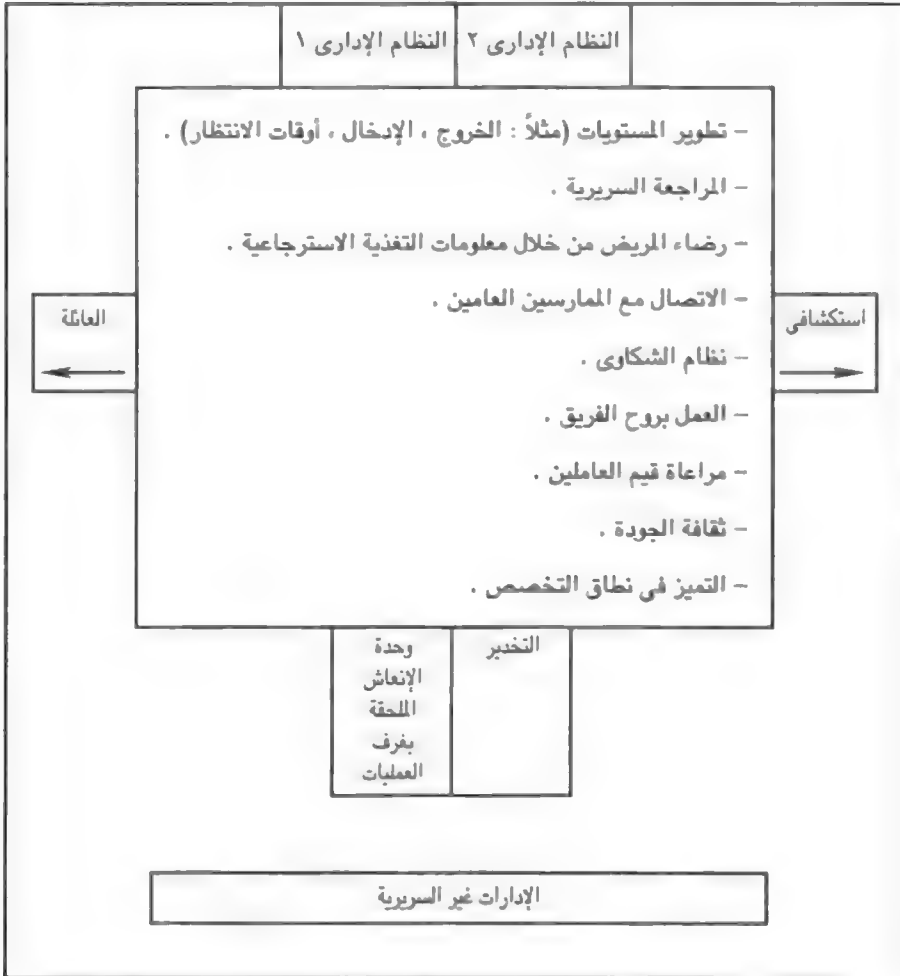
(انظر الأشكال : ٥-٣ ، ٥-٤ ، ٥-٥) .

الشكل رقم (٥-٣) خطة الجودة على نطاق المستشفى (الرعاية السريرية)

القسم ١ : تقديم الرعاية / الخدمات للمريض .

الملاءمة	القبول	إمكانية الوصول	الفاعلية	المتطلبات القانونية وغير القانونية	أنظمة ووسائل الجودة	العمل الجماعي وتقديم جودته
- سياسات العيادات الخارجية - سياسات الدخول - سياسات الخروج - الاتصالات مع الأطباء الممارسين - الاتصال مع الجمهور - سياسات الاحتياجات الخاصة - سياسات الإدارات العملية - مستويات العاملين بالإدارة - استخدام نظام التوظيف المؤقت / الوكالة عمالة متراكمة	- أنظمة المعلومات الارتجاعية من المرضى - نظم الشكاوى - علاقات العملاء ورعايتهم - سرية معلومات المرضى	- فترات الانتظار للعيادات الخارجية - وقت الانتظار بقسم التنويم - إمكانية الوصول للمعاقين	- البروتوكولات السريية - التعرف على الدعوى القضائية الطبية - تقارير المراجعة - توثيق وقائع المرضى - تخطيط الرعاية الفردية	- الالتزام مع المتطلبات القانونية ١- الصحة والسلامة ٢- صحة البيئة ٣- اختراعات الحرائق ٤- إجراءات الطوارئ ٥- الصيانة من الإضاءة ٦- مراقبة المواد النظيفة والتحكم فيها ٧- مذكرات وزارة الصحة حول السلامة ٨- سياسة توظيف ٩- أمن حماية بيانات ١٠- أمن اعداد ١١- قنن سنوي للصحة النفسية ١٢- الالتزام بالشفافية عبر النظامية التي تعمل - سرية معلومات المريض - التحكم في الهوية - تدعيم لحوادث لكيرة ١٣- قنن اعداد ١٤- سياسة الخروج ١٥- حوادث العاملين ١٦- تشكيك ١٧- سياسات بشأن التلقيح ١٨- الأكل الصحي ١٩- الكحول ٢٠- COSSH ٢١- الصحة والسلامة ٢٢- قنن التوظيف الإدارة	- إستراتيجية إدارة الجودة وحطة التنفيذ - خطة وضع المستويات المعيارية - خطة الاتصالات - خطة علاقات العملاء - خطة معلومات الشفافية الاسترجاعية من المرضى - مواصفات الجودة للعمود بالإضافة إلى خطة المراقبة - خطة خفض تكاليف الجودة - خطة الإدارة للتخطيط للجودة - نظم المراجعة السريية ١- المراجعة المتخصصة للجوانب الصورية ٢- المراجعة الطبية ٣- المراجعة الفرضية ٤- مراجعة الخدمات السريية - نظم المراجعة غير السريية ١- الخدمات الفندقية ٢- الإدارة	- الاتصالات مع العاملين - تطوير العاملين - تطوير فرق العمل - برنامج الإبداع والتثوير - تخطيط الجودة للإدارة

الشكل رقم (٥-٤) الإدارات غير السريرية



الشكل رقم (٥-٥) مواضيع من خطة إدارة واحدة

مواضيع من خطة إدارة واحدة :				
القسم ١ : تقديم الخدمات				
الملاءمة	القبول	الفاعلية	القسم ٢ : نظم الجودة وأساليبها	القسم ٢ : العمل الجماعي وقيم العاملين
- سياسات العيادات الخارجية - سياسات الدخول - الرعاية النهارية - سياسات الخروج - الاتصال مع الأطباء الممارسين - مدى إمكانية وصول الممارسين العاملين للخدمة	- نظم التغذية الاستراتيجية من المرضى - نظم الشكاوى - المعلومات المكتوبة والشفهية العريض - الانجذاب للجماعات الاجتماعية - البيئة الطبيعية - وقت الانتظار للحالات التخصصية في العيادات الخارجية - وقت الانتظار للاستشارات بفهم التوزيع	- البروتوكولات التخصصية للجوانب السريرية - بروتوكولات الرعاية المشتركة	- وضع المسنويات المعيارية - اتصالات العاملين	- العمل الجماعي - خطة الجودة - التميز في نطاق التخصص

تخطيط الجودة - الجزء الثاني : نموذج الرسم البياني

مع الخبرة التي تولدت من تطوير واستخدام الأبعاد التي تضمنها نموذج ماكسويل والعوامل المرتبطة بالإدارة / وإدارة الجودة الشاملة ، فإن تخطيط الجودة قد تم تطويره ليس باشتماله على هذه العوامل الأساسية فقط ، بل عن طريق وضع هذه العوامل في واقع ومجال أسلوب تتبع المريض بيانياً .

إن التخطيط المنتظم ، والاستثمار فى التوضيح السريرى وغير السريرى لعمليات الرعاية والإدارة يبدو مفيداً فى تسجيل (itemise) سلاسل الأحداث والأنشطة التى تجرى بصورة محددة وواضحة ومختصرة . إن الرسومات البيانية للمراحل الأساسية للأنشطة السريرية والإدارية تعتبر طرقاً مفيدة لجهة النظر إلى جودة عمليات الرعاية الصحية . وتعد هذه العملية للكثيرين وخاصة فى بعض المجالات السريرية المعقدة مثل العلاج النفسى ، الاستشارات ، الحالات الخطرة Terminal cases عملية غير مريحة ، ولكنها من الناحية العملية تعد مفيدة عندما نقوم بمحاولة رسم تتابعى لمراحل علاج المريض التى تشمل الأنشطة التى تمت له . هذا ويساعد الرسم البيانى الفرق الفردية فى فهم العمليات - بصورة أفضل ، كما أنها تؤدى إلى تعاون الفريق فى تحديد مجالات تحسين الخدمة . إن المراحل الأساسية لتقديم الرعاية الصحية يوضحها الشكل رقم (٥-٦) كوظيفة وحدة (AO) .

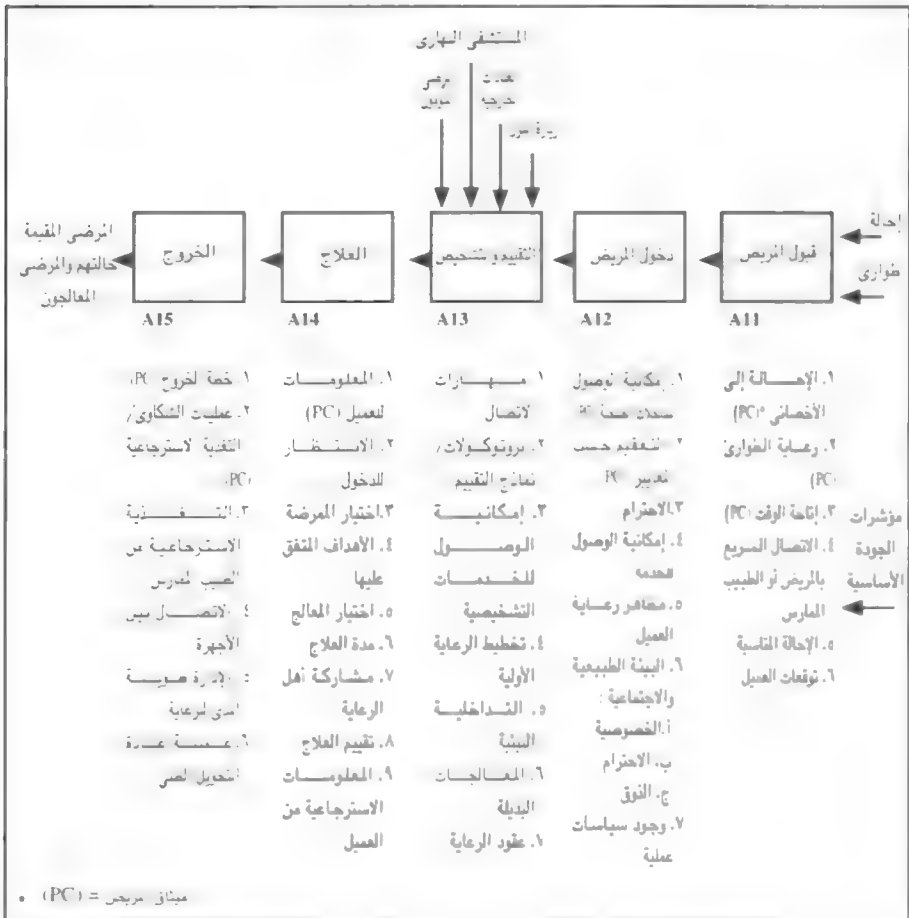
الشكل رقم (٥-٦) : وظيفة وحدة AO



وكما يتضح من الشكل السابق يدخل المريض إلى نسق نظام الخدمة (مثلاً : المستشفى ، العيادة) إما كإجراء روتيني أو طارئ محولاً من الطبيب الممارس ، ويخرج منه وقد تم تقييم حالته ، وعلاجه .

هذا ويظهر الشكل رقم (٥-٧) تحليل النشاط السريري في موقع (أ) توضيحاً آخر للاستفادة من الرسوم البيانية في مجال التخطيط للجودة .

الشكل رقم (٥-٧) الأنشطة السريرية A1



ومن الرسم السابق يمكن تتبع كافة العمليات السريرية ووضعها فى إطار ، وكذلك المتوفرة فى تسهيلات الخدمة الصحية الوطنية .

وفى ظل مثل هذا الإطار التتبعى فإن السؤال الملح هو : ما هى القضايا أو المسائل أو المؤشرات التى تعكس النقاش حول الجودة فى وحدة معينة . هذا الأمر يمكن الاستعلام عنه من عدة مصادر ، هى :

١- تجربة العاملين بالوحدة حول قضايا الجودة .

٢- متطلبات المشترين .

٣- مبادرات وزارة الصحة (ميثاق المريض مثلاً) .

٤- معايير الأداء/ السلوك كما تحددها الأجهزة الاحترافية .

وفىما يتعلق بتجربة العاملين فإن قضايا الجودة يمكن أن ترتبط بمسائل مثل :

١- العمليات الأساسية (على سبيل المثال : عمليات إدخال المرضى وإخراجهم من المستشفى) .

٢- العمليات الصعبة مثل اتفاقية تشمل قواعد متعددة أو قرارات طبية تمييزية .

٣- المشاكل المتغيرة - مثل النظام الخاص باستبدال عظمة الفخذ لمريض والوقت اللازم لذلك .

إن تعريف وتحديد مؤشرات الجودة هذه تعتبر خطوة أساسية باتجاه تطوير برنامج لإدارة الجودة سمح بتوافر عنصرى المسؤولية والتركيز .

وبالعودة إلى الشكل رقم (٥-٧) ، يتضح عدد المؤشرات التى استخدمت فى

الشكل رقم (٥-٦) المستخدمة فى مستشفى نورث وىك بارك Northwick Park والتى يمكن إعادة صياغتها لتعبر عن النشاط السريرى فى تتبع المريض (على مستوى الوحدة) بين خدمة وأخرى ، وكذلك بالنسبة لتتبع المريض فى مجالات بعض الخدمات الخاصة - على سبيل المثال : فى مجال خدمات الصحة العقلية للكبار (الشكل رقم ٥-٨) ، وخدمات إعاقات التعلم (الشكل رقم ٥-٩) ، وخدمات الصحة العقلية للمسنين (الشكل رقم ٥-١٠) . ونشير إلى أن ما توضحه هذه الأشكال يمثل إيضاحات عملية فقط : إذ ليس المقصود منها أن تكون بأى حال نهائية أو شاملة .

إن الرموز المستخدمة (كما عبر عنها في دراسة : Aylesbury Vale Com- munity Health Care NHS Trust, 1992) هي كما يلي :

Patient Charter, PC

ميثاق المريض

Purchaser p

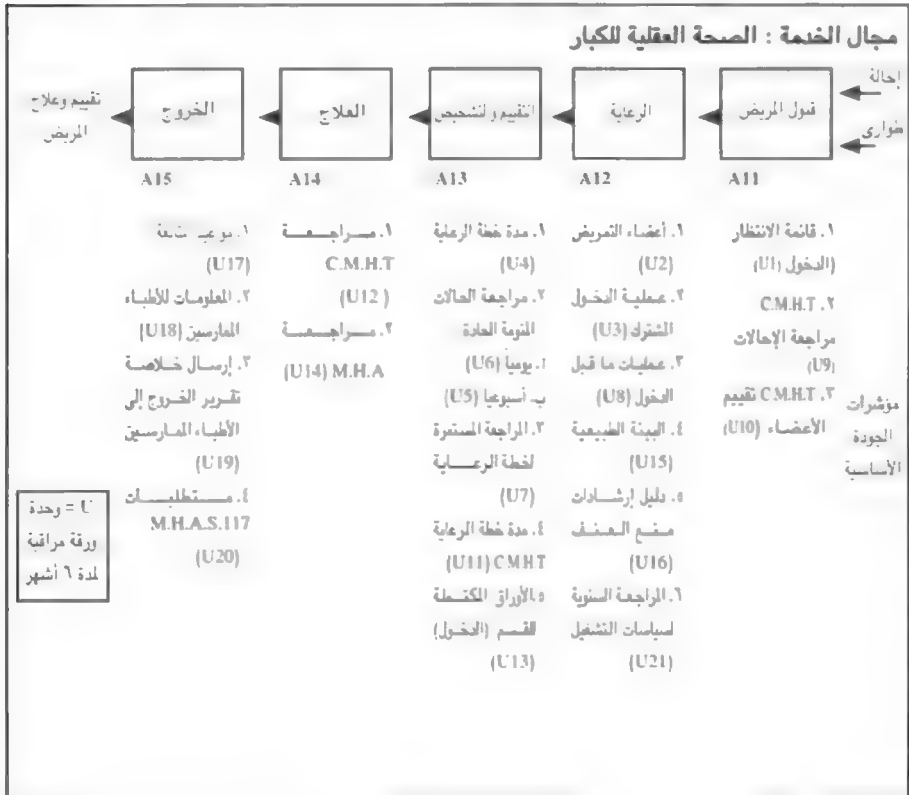
متطلبات المشتري

Unit U

متطلبات الوحدة كما هو ناتج من الخدمة ذاتها

إن كل واحدة من حالات تتبع المريض عبر النشاطات السريرية للخدمات أنفة الذكر يمكن فحصها بصورة أكثر تفصيلاً ، وذلك بالرجوع إلى الأشكال من (١٢-٥) إلى (١٦-٥) .

الشكل رقم (٥-٨) : النشاط السريري في خدمات الصحة العقلية للكبار



الشكل رقم (٥-٩) : النشاط السريري : خدمات إعاقات التعلم



الشكل رقم (٥-١٠) : النشاط السريري : خدمات إعادة التأهيل الطبيعي



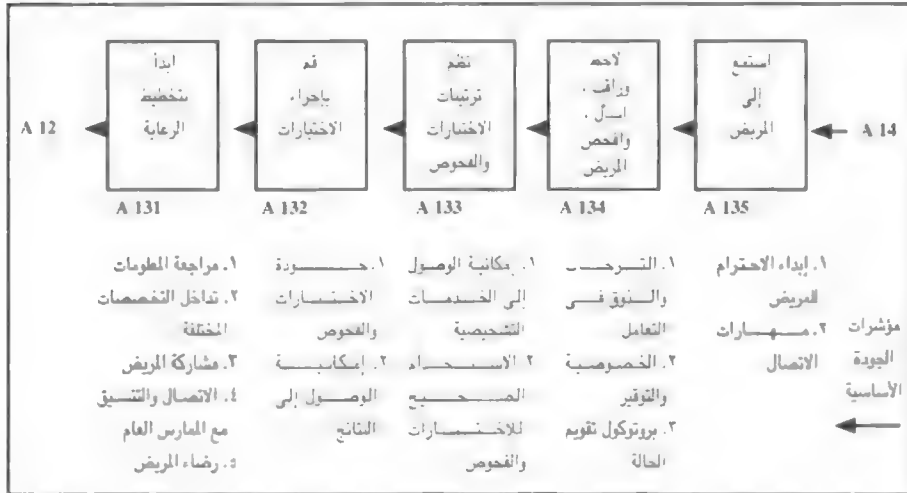
الشكل رقم (٥-١١) : النشاط السريري : خدمات الصحة العقلية للمسنين



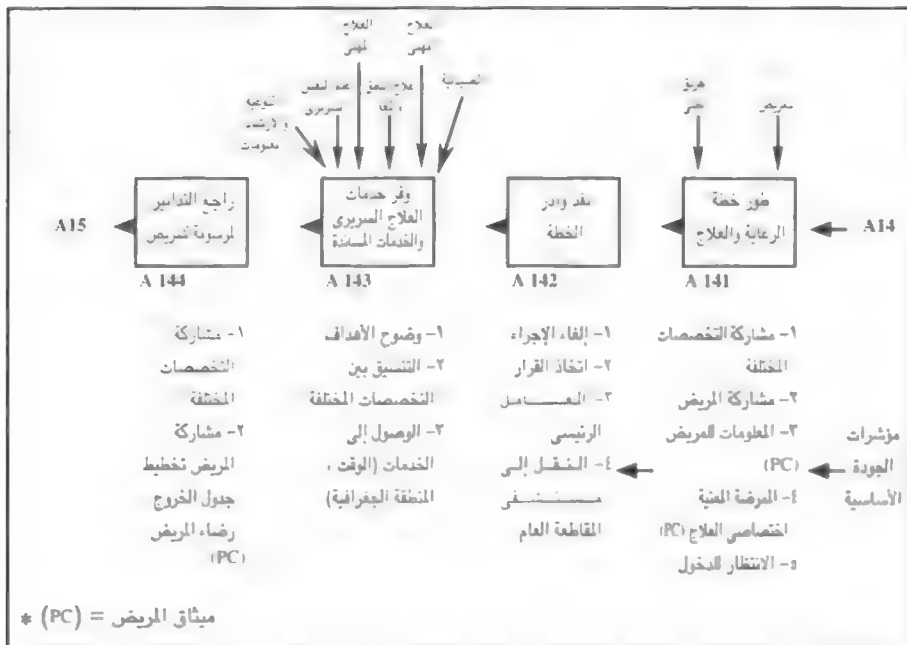
الإحالة و المتابعة طوًرى	المريض المريض	المريض المريض	المريض المريض	المريض المريض	المريض المريض	المريض المريض	المريض المريض
A 111	A 112	A 113	A 114	A 115	A 116	A 117	A 118
1- الاتصال بكل من الطبيب الممارس والمريض	1- تعبئة الطائرة	1- ايدى عملية الرعاية الصحية	1- ايدى عملية الرعاية الصحية	1- معلومات العناية السريعة	1- معلومات العناية السريعة	1- معلومات العناية السريعة	1- معلومات العناية السريعة
		2- إدارة قائمة الانتظار	2- إدارة قائمة الانتظار	2- معلومات قسم العيادات الخارجية	2- معلومات قسم العيادات الخارجية	2- معلومات قسم العيادات الخارجية	2- معلومات قسم العيادات الخارجية
		3- إحالة الحالة إلى الاستشاري	3- إحالة الحالة إلى الاستشاري	3- معلومات الترجل والاستقل	3- معلومات الترجل والاستقل	3- معلومات الترجل والاستقل	3- معلومات الترجل والاستقل
				4- معلومات حول مواقف السيارات	4- معلومات حول مواقف السيارات	4- معلومات حول مواقف السيارات	4- معلومات حول مواقف السيارات

نص ما مرضى وبالذم	نص والذم	والمربية والاجتماعية	غرض
A 13	A 121	A 122	A 123
١- المعلومات المقدمة للمرضى	١- نظام الحجز	١- مواقف السيارات	١- موشرات
٢- اتصالات العاملين	٢- السجل الصحي	٢- احتياجات المرضى ووسائل راحتهم	٢- الحجرة
٣- الجلبوس بالقرب من مكتب الاستقبال	٣- سجل قيد بوم العاملين	٣- المعلومات	٣- الاتصالات
٤- الخدمات البريئة	٤- احتياجات المرضى ووسائل راحتهم	٤- الهاتفية	٤- رعاية العميل
٥- إجراء الدخول	٥- وسائل الراحة واللحمة للعاملين	٥- الميزج المهارى	٥- النقل / الإسعاف
٦- رضا المريض	٦- امتثال الموارد	٦- موافق العاملين	٦- المشتريات
٧- إمكانية وصول المريض للسجل الصحي	٧- موافق العاملين	٧- الخدمات الفندقية	
٨- إمكانية الوصول للمعلومات ذات الصلة بمعايير الخدمة وضوابط الجودة	٨- المشتريات		

الشكل رقم (٥-١٤) : التقييم والتشخيص



الشكل رقم (٥-١٥) : العلاج

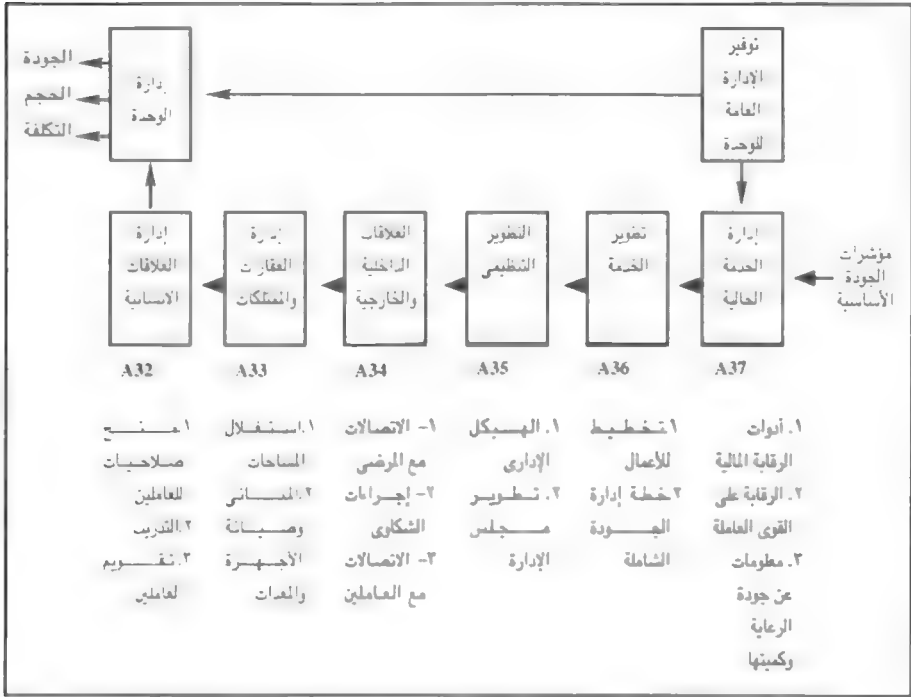


* (PC) = ميثاق المريض

المريض بعد تقييم حالات وعلاجه	بترك المريض المستشفى أو العلاج	أكمل ترتيبات الخروج مع المريض	قرر لخروج المريض	قيم المساعدة المنزلة	طوّر خطة الخروج	A 14
A 151	A 152	A 153	A 154	A 155		
١. الترحيل أو النقل	١. تزويد المريض	١- اتخاذ القرار من	١- مشاركة	١- مشاركة	١. مشاركة	
٢. الاتصالات	بالمعلومات	قبل مشاركة	ممرضة النطق	التخصصات	التخصصات	
٣. معلومات التنفيذ	المناسبة	الأشخاص	٢- الاتصال	المختلفة	المختلفة	مؤشرات
العكسية أو المرددة	٢. الاختيار/	المختلفة	والنسب مع	٢. مشاركة	٢. مشاركة	الجودة
من المريض	المرددة	٢. إشراك المريض	الممارس العام	ممرضة النطق	ممرضة النطق	الأساسية
		وأقاربه	والأجهزة الأخرى			
		٣. مناسبة مدة البقاء	ذات العلاقة			
		في المستشفى	٣- مشاركة أقراب			
			المريض			

575

الشكل رقم (٥-١٧) : إدارة الوحدة



وبالنظر إلى مجال الرعاية الطبية / السريرية بمزيد من التفصيل : يتضح أنه قد تم تطوير نموذجين يمكن الاستفادة منهما وهما :

- نموذج تحليل المسار السريري .

- نموذج التخطيط المشترك للرعاية .

وبالنسبة لتحليل الإدارة ، لعملية طبية أو سريرية ، فقد تمت الإشارة إليه في دراسة لونهايمبت 1991 Lowenhaupt التي اعتبرت هذه العملية مثل مسار سريري قابل للبحث والتحليل . وهي تشمل جميع الجوانب ذات الصلة بالعملية السريرية قيد الاستقصاء . ومن أمثلتها : عملية تقييم المسار السريري في فترة ما قبل

إدخال المريض ، عملية تقييم المسار السريري لتقنية أو أسلوب العملية الجراحية ،
عملية تقييم المسار السريري للخدمات التأهيلية .

ويتمثل الهدف لأى مسار سريري فى الآتى :

- تقديم الرعاية بصورة مثلى .

- إرجاع المريض إلى منزله بأسرع وقت ممكن .

ولما أن المسار السريري يستخدم أدوات إدارة الجودة الشاملة ، وذلك بتركيزه على
عمل الجهاز الطبى لزيادة الإنتاجية أو جودة الرعاية الصحية ، فإنه يعد مثل آلية أو
أسلوب مثالى لانخراط أفراد الجهاز الطبى فى عملية إدارة الجودة الشاملة .

من ناحية أخرى ، يعتبر قياس العمليات السريرية أمراً معقداً وشائكاً - والشكل
رقم (٥-١٨) يوضح مثلاً على مسار سريري لإجراءات ونشاطات التعامل مع حالات
الالتهاب الرئوى . وهذا المثال يظهر اختلافات كبيرة لجهة تكلفة المستشفيات بين
الأطباء فى الولايات المتحدة الأمريكية . وقد كشف التحليل الأولى مشاكل رئيسية
منها :

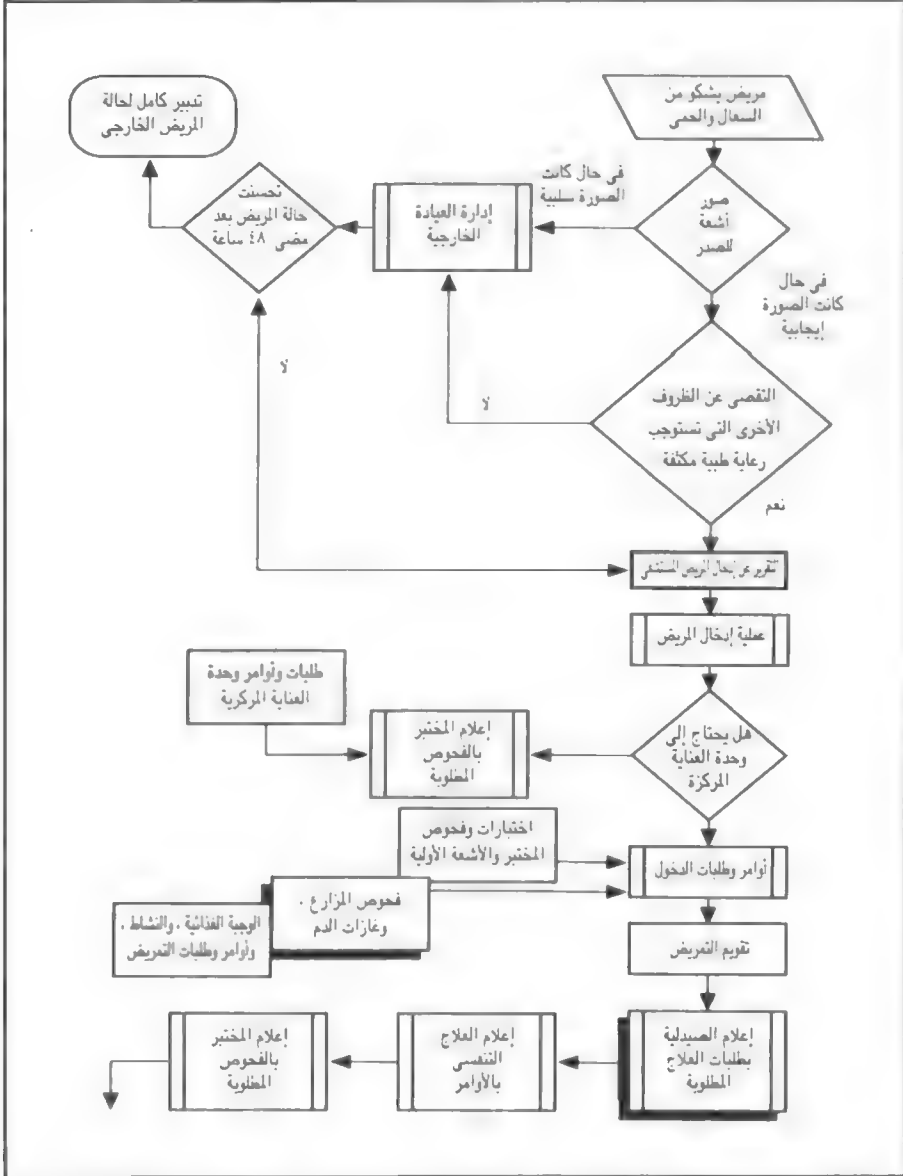
- التجميع المناسب والتداول السليم لعينات فحص البلغم .

- تحليل عينات الفحص الجرثومى لبيان أشكال البكتريا باستخدام الصبغات
Gram Stain " .

- إعطاء الجرعة الأولى من المضاد الحيوى فى الوقت المناسب .

- الإرشادات المتسقة للأطباء للتغيير إلى العلاج عن طريق الفم .

الشكل رقم (٥ - ١٨) : مخطط المسار السريري لإجراءات ونشاطات التعامل مع حالات الالتهاب الرئوي



يتمثل الحل في مواجهة المشكلات أنفة الذكر فيما يلي :

- متابعة المستخدم لغرفة الطوارئ وممرضات الطابق في الحصول على عينات البلغم وتداولها بشكل سليم .
- تدريب صغار الأطباء على التعامل السليم لحالات الالتهاب الرئوى .
- عمل إرشادات مكتوبة لكل وحدة طبية على حدة لجهة التعامل السليم مع حالات الالتهاب الرئوى .

النتيجة :

- خفض التكاليف .
- الزيادة في جودة الرعاية الطبية المقدمة .
- إن هذا المثال العام لتحليل محددات الجودة المتدنية في العمل ، يمكن الاستفادة منه وتعديله وتطبيقه على العديد من المشكلات المرتبطة بأنواع تقديم الرعاية الصحية المختلفة سريرية كانت أم غير سريرية .
- ولعله من الصعب عمل مخطط أو إعداد مسارات سريرية حتى بالنسبة للعمليات اليسيرة والتي تنقسم بكونها :
- صحيحة .
- ليست يسيرة بدرجة كبيرة .
- شاملة .

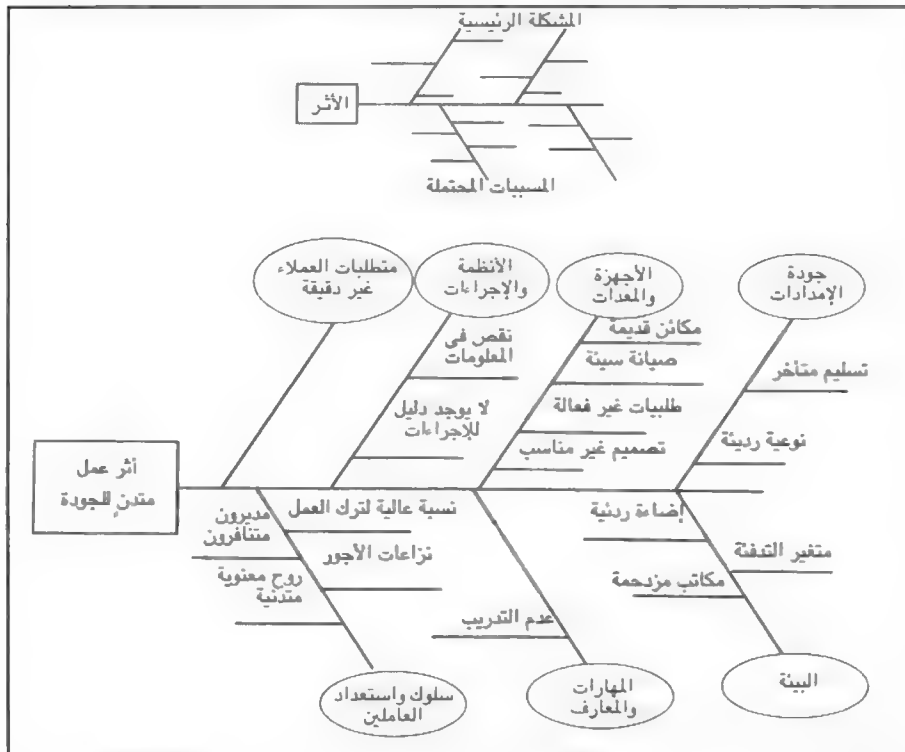
وكتباين آخر يمكن توضيح مخطط محدد عن طريق خارطة (كما أوضحت دراسة " أوكلاند Oakland " عام ١٩٩١) حيث يسمح مثل هذا المخطط بفحص متعمق : للهدف / المكان / التابع / المجتمع / والطريقة الخاصة بنشاط محدد ، حيث يؤدي إلى عمليات مثل : إلغاء / توحيد / إعادة ترتيب / وتبسيط هذا النشاط .

أما النموذج الثانى للتخطيط للجودة فهو نموذج " التخطيط المشترك للرعاية " والذي تم تطويره في منطقة غرب " ميدلاند - Midlands " وقام بالكتابة عنه تحديداً

هويتسن - Hewitson . هذا النموذج يركز على المريض ، وعلى الأسلوب ذي التخصصات المتعددة لتخطيط الرعاية والذي تم تفصيله لمقابلة احتياجات المرضى الفردية . ويتطلب هذا النموذج قيام كل فرد من العاملين بمراجعة الممارسة الراهنة ، وتحديد نوعية تدخل الرعاية المطلوبة ، وذلك لتحقيق النتائج المرجوة . والشكلان (٥-٢٠ و ٥-٢١) يوضحان مثالين لاستخدامات هذا النموذج .

على صعيد آخر ، يمكن الحصول على المزيد من التخطيط المتعمق لمشاكل الجودة فى أى من الأساليب التى أشرنا إليها سابقاً باستخدام إدارة تحليل عظم السمكة Fishbone Analysis كما تم توضيحها فى الشكل (٥-١٩) . وهذه الأداة معروفة جيداً فى حل المشكلات التى تواجه الصناعة ؛ نظراً لما تتيحه من توضيح وتفهم لكيفية حدوثها .

الشكل رقم (٥-١٩) نموذج عظم السمكة Fishbone Diagram



تابع الشكل رقم (٥-٢) : خطة ورعاية مشتركة : لحالات احتشاء عضلة القلب

اليوم	فرق الطب	التقييم التاريخي	فرق التمريض	ملاحظات	العلاج الطبيعي	التقييم التاريخي	الأدوية والعقاقير (الصيدلانية)	التقييم التاريخي	التقنية	التاريخ التاريخي	مراجع	التاريخ التاريخي
اليوم ٢	مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبي - عمل رسم للقلب إذا اشير إليه - أوقف جهاز مراقبة القلب - مراجعة إشارات عضلة القلب إذا كنت ترى شك منها - حول المريض إلى المصاح رقم ٦ - الطاقين في المصاح ٦ لإزالة الإبرة المزروعة كتحاليل الحاديل الوربية IV Conclude		- كما توضع في خطة الرعاية - حضور استقبال المصاح		- التحرك حول السرير - تمارين التنفس كل ساعة - تمارين القوة المدمجة كل ساعة		- رياره المريض - موج خطة الوصفات وتقييمها		- تم تقييم المصح - كمرضى / اختصاصي التدبير - تم تدوير ممرضات على حبيب المريض ٥٠٠ - ٥٠٠ إذا كان قديمهم الدواء			
اليوم ١	مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبي - عمل رسم للقلب إذا اشير إليه - مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبي - عمل رسم للقلب إذا اشير إليه - مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبي - عمل رسم للقلب إذا اشير إليه - ناقش الحالة الطبية قبل الخروج المريض		- كما توضع خطة الرعاية - وأصل برنامج التحليل وخطة الخروج - كما توضع خطة الرعاية - كما توضع خطة الرعاية - كما توضع خطة الرعاية - تكلم من تربية المريض بالحالة		- التحرك في الطريق المصاح وحول مسافة السرير - وأصل التمارين أعلاه لمدة ساعة أصل تدلي وقت طلب شدة المريض - التحرك الكامل حول المصاح - تدوير تمارين الوضعية الجذبية في دولة نشاط المريض التحرك الكامل حول المصاح		- رياره المريض - موج خطة الوصفات وتقييمها		- تم تقييم المصح - كمرضى / اختصاصي التدبير - تم تقييم المصح - كمرضى / اختصاصي التدبير - الحاجة إلى اختصاصي التدبير حسب الحالة - تم رؤيتهم من قبل اختصاصي التدبير			
اليوم ٥												
اليوم ٦												
أي مضاعفات												
تاريخ الخروج المخطط												
تاريخ الخروج الفعلي												
احتشاء في العضلة القلبية												
وجود جلطة دموية												
سبب دعم وجود جلطة دموية												
نعم / لا												
نعم / لا												

الشكل رقم (٥-٢١) : خطة رعاية المجتمع

سلطة منطقة كوفنتري الصحية : وحدة رعاية المجتمع خطة رعاية مشتركة لاستئصال المראה				
الاسم :	الرقم :	تاريخ الخروج من المستشفى :	تاريخ الميلاد :	العنوان :
الطبيب الممارس : الاستشاري :				
اليوم التالي للعملية	قسم خدمة التمريض	المريض	الطبيب الممارس العام	الخدمات الاجتماعية
الزيارة الأولى (بعد يوم من الخروج)	٩- رتب مع المريض تاريخ المقابلة القادمة	٩- معرفة الأشخاص الذين يمكن الاتصال عن طريقهم - اتصل بالطبيب الممارس عند الحاجة - برهن على درايك بالعالة والدة في القدرة على التعامل بما قد يحدث من مشاكل		
الزيارة الثانية (كما تم ترتيبها)	١- قيم الحالة العامة - قيم الجروح - قيم مستوى الألم - قيم حجم السوائل التي يتم تناولها - قيم نشاط التبرز - قيم القدرة على الحركة	١- قم بإبلاغ قسم خدمة التمريض حول التغييرات أو أى مشاكل مرتبطة بما يلي - الجروح - مستوى الألم - أخذ السوائل - نشاط التبرز - الحركة	- أخطر الطبيب بنى مشاكل نحدث	
اليوم العاشر بعد العملية	١- قيم الحالة العامة . قيم الجرح وناقض وشرح إمكانية إزالة قطب الجراحة إذا كان وضع الجرح مرضياً ٢- أخرج المريض إذا كانت الحالة مرضية عن أكمل نموذج هدف النتائج وأرسله إلى السيدة م ر ميتشل ممرضة اتصال المجتمع مستشفى «ريف جريف Walsgrave»	١- الإبلاغ عن أى مشاكل ناجمة - برهن على قدرتك على التعامل مع المشاكل الناجمة وخذ الإجراء المناسب		

تابع الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

خطة رعاية مشتركة لاستئصال المראה

أهداف النتائج :

- كل المرضى يحضرون كشفاً سريرياً قبل دخولهم المستشفى وسوف يحصلون على مواعيد الدخول .
- عند خروجهم من المستشفى فإن المرضى سيكون لديهم الحد الأدنى أو لا شيء من آثار العلاج وخاصة الألم ، و التهاب النسيج الخلوى Cellulitis ، وندوب حول الجرح ، والآلام الصدرية وألم بالساق . وسيكونون جاهزين للخروج فى اليوم الثالث لإجراء العملية .
- عند خروج المريض فإنه وعائلته سيكونون على دراية بخطة الرعاية وستوفر لهم الفرصة لمناقشة ما يلى مع الفريق متعدد التخصصات :
- الجراحة والمخاطر المحتملة قبل العملية .
- التثام الجرح والتعقيدات المحتملة وما يجب عمله فى حالة حدوثها .
- كيفية التغلب على الألم .
- تعديل النظام الغذائى .
- عند الخروج فإنه يكون قد تمت مقابلة الاحتياجات الجسدية والنفسية للمريض .

اليوم	الإجراء الطبي	التمريض	التفنية	العلاج الطبي	العمليات	المنطقة SW
عيادة قبل الدخول	- تاريخ الحالة أو الفحص . - تقييم عوامل الخطر . - الترتيب للخروج . - فحص مستوى السكر للمريض وهو فى حالة صيام لعينة من الدم وأخرى للبزل . - صورة أشعة للصدر . - رسم القلب الكهربائى . - تحديد مواعيد الدخول .	- فحص البول . - تسجيل الوزن والطول . - مناقش المخاوف والمشاكل . - ابدأ الـ (Kardex) - رقم هاتف ممرضة الاتصال . - اطلع المريض على الجراح . - أوقات الزيارة .				- قيم إمكانية الخروج المبكر . - قيم مدى الخدمات الاجتماعية الممكنة ومتطلبات المريض المنزلى المساندة . - ابدأ ترتيبات المساندة كما هو مطلوب .

تابع الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

اليوم	الإجراء الطبي	التمريض	التغذية	العلاج الطبيعي	العمليات	المنطقة SW
يوم ما قبل العملية	- التقييم . - قائمة غرفة العمليات . - الإثارة إلى أخصائي التخدير . - اشرح نماذج الموافقة على العملية .	- الترحيب في الجناح . - تقديم المريض للعاملين والمرضى . - ملاحظات الحد الأدنى .	- وجبة قليلة السعرات للغداء ووجبة المساء .	- التقديم . - شرح دور العلاج الطبيعي . - التاريخ .	- زيارة ما قبل العملية .	- أخطر ممرضة المنطقة بالخروج المبكر للمريض إذا كان مناسباً .
التاريخ	- العلاج . - الهيرين TEDS .	- أكمل الـ (Kardex) - التاكيد على الظروف الاجتماعية وترتيبات الخروج .	- قيم الحركة واستمع إلى القلب . - علم التنفس والتدريبات الخاصة بالدورة الدموية وبرهن على السعال المسود .	- التاريخ .	- التاريخ .	- التاريخ .
التوقيع	- مستحضرات التعقيم والتطهير . - المضادات الحيوية ما قبل العلاج . - المهدئات .	- حدث ما قبل العملية . - تحضيرات الجلد متى كان ضرورياً . - الصوم عن ... - حفظ مقتنيات المريض بأمان .	- التاريخ .	- التاريخ .	- التاريخ .	- التاريخ .

تابع الشكل رقم (٥-٢١) : خطة رعاية المجتمع

اليوم	الإجراء الطبي	التمريض	التغذية	العلاج الطبيعي	العمليات	المنطقة SW
عيادة ما قبل الدخول التاريخ	- الملاحظات حول العملية. - المحاليل الوريدية الوريدية - مسكنات الألم	- الاستحمام والعمام. - راجع ملاحظات التمريض . - إجراء مراجعة قائمة غرف العمليات . - راجع أنابيب التنفس . ووضع العلامات الحيوية . - راقب الألم ومسكناته . - راجع وضع الجرح ونزفه . - العناية بالعقن المعطاة عن طريق المحاليل الوريدية . - غسل اليدين والوجه . - اجلس على السرير . - تمارين التنفس .		ذكر بتمارين ما بعد العملية		
أول يوم بعد العملية التاريخ التوقيع	- افحص الصدر والأرجل والجرح والنزف . - قيم وضع السوائل . - راجع . - ناقش العملية مع المرضى وأقاربهم .	- مسكنات الألم . - حمام السرير . - هرك . - العناية أو الحرص على إعطاء حقن المحاليل الوريدية في وقتها المناسب . - إزالة . - افحص الجرح RVAC - فحص درجة الحرارة والنبض والتنفس كل أربع ساعات .		تمارين التنفس والسندرة الدموية	زيارة ما بعد العملية	

اليوم	الإجراء الطبي	التمرين	التقنية	العلاج الطبيعي	العمليات	المنطقة SW
اليوم الثاني بعد العملية	<ul style="list-style-type: none"> - إزالة الضماد إذا كان موجوداً. - مراجعة مسكنات الألم. - افحص الجرح . - والرقبة . والصدر . - والأرجل. 	<ul style="list-style-type: none"> - ناقش خطة الرعاية مع المريض. - حرك المريض للحمام . - افحص الجرح. - وجبة خفيفة. - فحص درجة الحرارة والنبض والتنفس كل أربع ساعات. 		<ul style="list-style-type: none"> - تمارين التنفس والدورة الدموية. - قيم الحركة وشجع عليها. 		
اليوم الثالث بعد العملية	<ul style="list-style-type: none"> - افحص الجرح. - افحص وظائف الأمعاء. - قيم الحركة. - تأكد من إمكانية تخريج المريض. - تأكد من استيعاب المريض لمعنى استئصال المرارة. 	<ul style="list-style-type: none"> - شجع على الرعاية الذاتية . - افحص الجرح . - تأكد من فحص درجة الحرارة والنبض والتنفس كل أربع ساعات . - TTOx . - قم بالتاكيد على الترحيل والاتصال بمرضة المنطقة . - وقت تخريج المريض . 		<ul style="list-style-type: none"> - تمارين التنفس والدورة الدموية 	زيارة ما بعد العملية	
اليوم الرابع بعد العملية						<ul style="list-style-type: none"> up. ad.lib - الرعاية الذاتية . - افحص الجرح . - توعية المريض لإرشادات ما بعد العملية .

الفصل السادس

تصميم الخدمة وتحديد مجالات تميزها

مقدمة :

إذا كانت الخدمة الصحية الوطنية قد تم التخطيط لها وتطويرها لتبدأ مرحلة جديدة ابتداءً من عام ١٩٩٤م ، فهل يا ترى ستكون خدماتها المقدمة مختلفة ومغايرة عن تلك الخدمات التي عودتنا الخدمة الصحية الوطنية تقديمها ؟ .

والإجابة عن مثل هذا السؤال هي : نعم ، وبدون شك : لأن تطوير هذه الخدمة اشتمل على إعادة تصميم خدماتها لتأخذ في اعتبارها سلاسة وبساطة العمليات المقدمة فيها ، كما تضمنت تغييراً في المواصفات المتصلة بتطوير وتحسين متطلبات المريض والعاملين معاً .

ولكن - وكغيرها من المنظمات القائمة والمستقرة - فإن رفاهية الحديث عن التغيير باستخدام تعبير مثل " دعونا نبدأ من جديد " ، فإنه قد لا يكون ممكناً .

ولهذا يأخذ المسؤولون فيها ، ببديل آخر لإحداث التغيير المنشود ، بالاعتماد على المراجعة المنتظمة من حين لآخر بهدف تحديث الجودة والارتقاء بمستوياتها ، وذلك فيما يتعلق بالرعاية والخدمات الأخرى التي تعمل على تقديمها .

وقبل التعرض للكيفية التي تقدم بها الخدمات الصحية بغرض تحديثها وجعلها أكثر مواكبة ، فقد يكون من المفيد ، النظر إلى تجارب قطاعات أخرى ، حيث تقوم الشركات في العديد من الصناعات ببنى أحد الخيارات التالية :

١- الإبقاء على نمط الخدمات الحالية مع تطوير وتحسين الجوانب المعروفة لدى الشركة جيداً .

٢- البحث عن أسواق جديدة مع الاستمرار في تقديم نفس المنتجات .

٣- تحديث الخدمات وجعلها أكثر مواكبة (و/أو) .

٤- تطوير منتجات وخدمات جديدة .

وفيما يتعلق بالرعاية الصحية ، فعلى الرغم من أن الخيار الأول هو السائد لدى الوحدة التي تقوم بتقديم الخدمة ، إلا أن الخيار الثانى أضحي بمرور الوقت أكثر مناسبة ، خاصة فى ظل تطور ونمو العمليات التعاقدية لأداء الخدمة . أما الخياران الثالث والرابع فقد أصبحا نوى صلة أكبر بالتحسين الفعلى للجودة على المستويين : السريرى/ المهنى ، والإدارى .

أما وظيفة تصميم الخدمة فى مجال الرعاية الصحية ، وهو موضوع هذا الفصل ، فإنها تعد مسؤولية عدة أدوار متضامنة : حيث إن القرارات التى تتخذ فى إطار هذه الوظيفة لها آثارها الكبيرة والعميقة والبعيدة الأثر على كل من المستشفى والمجتمع اللذين تقدم فيهما الخدمة .

وتتوافر المواقع الإدارية ذات الصلة بوظائف تصميم الخدمة فى كل من الوحدات التالية :

١- إدارات : الجودة ، وتخطيط الأعمال ، والعقود ، والتسويق . (حيث يتم استخدام مسميات متعددة فيها) . ويتم فى هذه الإدارات عادة :

- تطوير الخبرة فى مجال إدارة الجودة العامة ، كما يتم فعلياً تنظيم إدارة الجودة وتنسيق مهامها .

- تجميع وتصنيف احتياجات العملاء (المرضى ، المشترين ، والممارسين العامين) .

٢- إدارة عمليات الخدمة (مدير الخدمة ، المدير أو المنسق السريرى) . ويناط بهذه الإدارة عادة :

- مسؤولية تنفيذ وتقديم خدمات ذات مستويات جودة متقدمة ، تقابل وتفى بالمواصفات المعلنة أو بالمعايير المحددة لضمان الجودة .

٣- المراجعة الطبية والسريرية - وتتولى هذه الوظيفة إدارات أو أقسام أو فرق مختلفة عن المذكورة أعلاه تحت البند رقم (١) . ويتولى أعمال المراجعة الطبية والسريرية عادة :

- فريق يضم مهارات تخصصية متنوعة وخبرات متميزة لأعمال المراجعة الطبية والسريرية . عموماً ، يتكون هذا الفريق من ممثلين عن الهيئات الطبية والتمريضية والخدمات الطبية المساعدة ، إضافة إلى عضوية مساعدين طبيين ، ومسهلى أو منسقى أعمال المراجعة الطبية .

وكما هو الحال ، مع كيفية التعامل مع إدارة حل المشكلات الناتجة عن تعدد المواقع ، فإن الأمر يحتاج إلى تواصل وتنسيق مستمرين بين هذه الإدارات الثلاث (أو المواقع ساقفة الذكر) : وذلك لضمان تصميم وظائف الخدمة وعملاتها التشغيلية حسب ما هو مخطط لها .

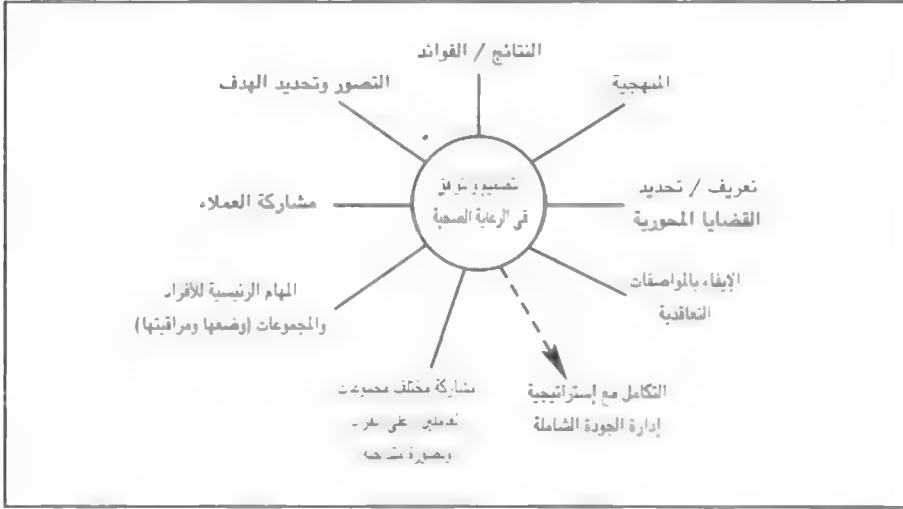
ومن ضمانات النجاح ، كذلك ، القدرة على الحصول على التزام كبار الإداريين والسريريين بعمليات : تصميم الخدمة ومراجعتها وتحسينها : وذلك للارتقاء بمستوى نوعية الرعاية والخدمة وزيادة رضا المرضى عن هذين الجانبين .

ويتناول هذا الفصل قضايا تتصل بتصميم الخدمة وتحديد مواصفاتها . وهذان الجانبان لا يضمنان تحقيق الجودة المنشودة بالضرورة : فالجواب أن تكون للخدمة القدرة على التوافق مع التصميم ، وكذلك القدرة على إعادة إنتاجه فى كل مرة . وهذه المسائل المتصلة بالقدرة والرقابة سيتم تناولها فى الفصل السابع .

ويعتبر التصميم الصحيح للرعاية والخدمة مكوناً أساسياً فى الحملة الهادفة للتقليل من الأخطاء والتخلص من الهدر والتنفيذ القاصر . فإذا كان تصميم الخدمة صحيحاً منذ البداية : فلن تكون هناك حاجة إلى إضاعة الوقت فى إجراء أى تعديلات لاحقة .

وتجدر الإشارة إلى أنه قد كتب الكثير عن التصميم ووضع الأسس والمستويات المعيارية . (انظر كوش " Koch ، ١٩٩١) . ويوضح الشكل (٦-١) بعضاً من هذه المسائل ، بصفة عامة .

الشكل رقم (٦ - ١) : أبعاد إستراتيجية وضع المستويات المعيارية ومراقبتها

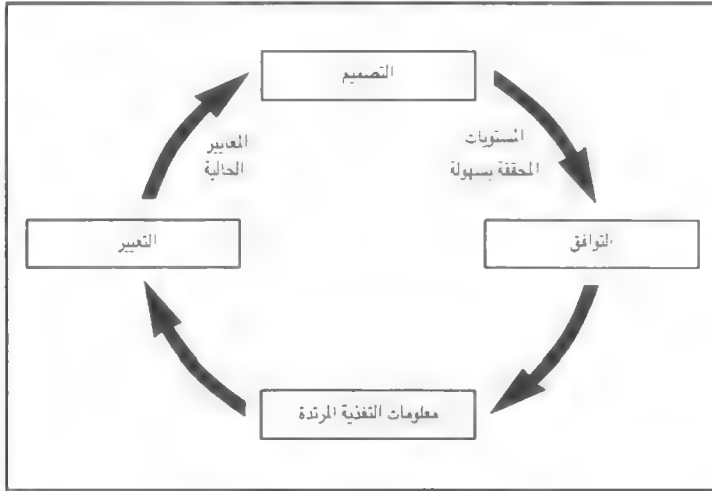


ومن فوائد التصميم الجيد للخدمة :

- الاتساق الزائد في العمل .
- رضا المريض .
- استخدام أفضل للموارد .
- التقليل من الأخطاء .
- رضا العاملين .

وبصفة عامة ، تعد القضايا السابقة على قدر مهم لدائرة المراجعة والتدقيق " Audit Loop " ، التي يظهرها الشكل (٦ - ٢) .

الشكل رقم (٢-٦) : دائرة المراجعة والتدقيق



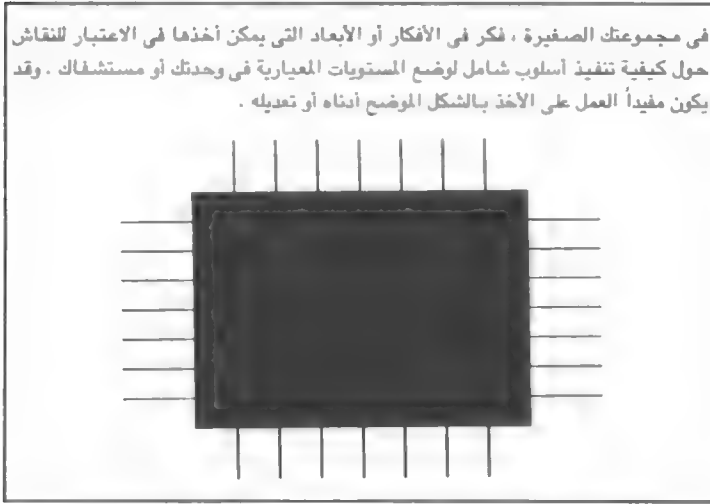
ومثل هذه الدائرة ينبغي أن تطبق بصورة شاملة في الوحدة المقدمة للخدمة ، على سبيل المثال ضمن المستشفى العام للمنطقة ، كذلك يجب أن تطبق عملية تصميم خدماتها وتحديد مواصفاتها في كل وحدة من وحدات التشغيل المرتبطة بها ، وذلك على النحو الذي يظهره الشكل (٢-٦) .

الشكل رقم (٢-٦) مجالات الخدمة الرئيسية في المستشفى العام للمنطقة

الإدارة			
الخدمات الطبية المساعدة	غرف العمليات		
الخدمات غير السريرية المساندة	خدمات فحوص التشخيص	الأجنحة	خدمات العيادات الخارجية

وقبل الخوض في المزيد من التفاصيل ، فقد يكون من المفيد الاستفادة من إطار التصميم الموضح في الشكل رقم (٦-٤) ، للنظر في الجوانب التي يجب فحصها في وحدتك ، وذلك للمساعدة في إنشاء أو تطوير أسلوب شامل لتصميم الخدمة المطلوبة ووضع المستويات المعيارية لها .

الشكل رقم (٦-٤) إطار شامل لتصميم ووضع المستويات المعيارية



ولكن قد يثير البعض السؤال التالي : ماذا تعني كلمتا " تصميم " و " مواصفات " وما هي مضامين كل منهما ؟

وللإجابة عن ذلك ، سوف نقوم في هذا الفصل بمناقشة الموضوعات التالية :

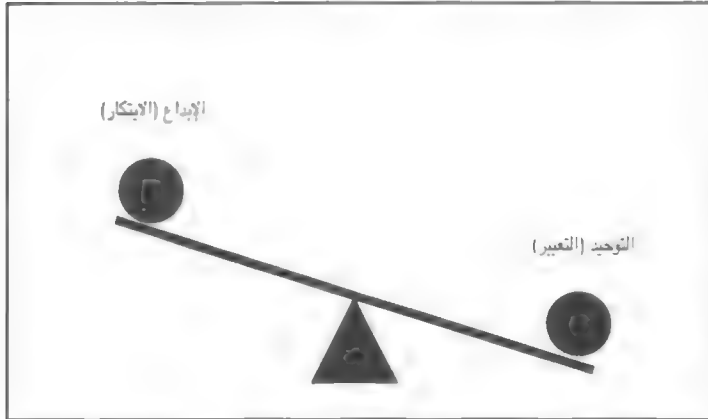
- وضع المستويات المعيارية في محيط يأخذ في الاعتبار مقابلة متطلبات كل من عقود الخدمة والمشتري (طالب الخدمة) .
- سبل ووسائل وتقنيات وضع المستويات المعيارية وتصميم الرعاية الصحية .
- مراقبة وإدارة التصميم والمستويات المعيارية .
- نظم تنظيم المستويات المعيارية .
- التوثيق .

وفيما يلي عرض مفصل لهذه الموضوعات :

مواصفات العقد والمستويات المعيارية :

ينطوى هذا العنوان الفرعى على علاقة ضمنية بين المستويات المعيارية الظاهرة ، وعملية تعبير أو معايرة توحيد خدمات الرعاية الصحية ومواصفاتها ضمن عقود الخدمة . وهذا الأمر لا يقود كما يظن البعض إلى الإحباط أو تقليل الإبداع ، بل على العكس من ذلك فهو يدعم الجهود الإبداعية .

الشكل رقم (٦-٥) الإبداع مقابل التعبير أو توحيد معايير الخدمة



وكما يتبين من الشكل رقم (٦-٥) ، فإنه يوضح حساسية العلاقة بين عمليتي الإبداع (الابتكار) والمعايرة القياسية . ففي ظل توصيف واضح وصريح لما يتم تقديمه حالياً من خدمات يمكن لعمليات الإبداع والتطوير الخلاق أن تأخذ مكانها .

إن توصيف الخدمة أو وضع مواصفة لها وما يرتبط بها من مستوى أو مستويات معيارية ذات صلة بها ، وبما يدعمها من جهود توثيقية مناسبة لها - تعد العامل الأساسى لبلوغ مستويات عالية من الجودة ، وكذلك لتمكين الفرق المختصة من مراقبتها . وقد نرى فى المستقبل القريب المستشفيات التى سوف تلتزم بوثيقة منظمة المستويات المعيارية (أو المقاييس) الدولية ، والتى يرمز لها باللغة الإنجليزية بـ *ISO* ،

رقم ٨٤٠٢ لعام ١٩٨٦ . وتتضمن هذه الوثيقة توصيفاً للمتطلبات التي يجب على المستشفى الوفاء بها والامتثال لها .

إن المتطلبات الأساسية لأي توصيف هي تلك التي يتحدد فيها ما يلي :

- ماهية الأداء/ النشاط الذي تتطلبه الخدمة ، على سبيل المثال : فريق جراحى .
- متغيرات مثل : أوقات الوصول إلى الخدمة أو الحصول عليها ، ومحددات فترة البقاء ، والتي تعطى وصفاً مناسباً للخدمة وذلك من الناحية الكمية لها .
- المواد المستهلكة (أو ما يطلق عليها بالمستهلكات) التي تم استخدامها ، متى كان ذلك ممكناً .
- العمليات السريرية وغير السريرية المتضمنة في التوصيف .
- متطلبات التفتيش والمراقبة للتوصيف المطلوب .
- الوثائق المرجعية الأخرى لضمان الجودة والتوصيف .

كما يجب أن تتوافر في الإطار التعاقدى صلات وثيقة بين أسلوب الوحدة المقدمة للخدمة فيما يتعلق بوضع المستويات والتصميم ، وبين متطلبات المستفيدين الرئيسيين من الخدمة . وقد ظلت مناطق الخدمات الصحية ، والمرافق أو الوكالات المستفيدة من الخدمة (والذين يطلق عليهم المشترين) تناقش الدور المطلوب منها في هذا الجانب كما جاء في مقال سيبى وجرافيث *Spiby & Griffiths* ، عام ١٩٩١ بعنوان : " شارك أو لا تشارك *Hands on or Hands off* " .

وإذا أخذنا وحدة الأنف والأذن والحنجرة كمثال ، فإن السلطة الصحية الإقليمية لجنوب غرب التايمز ترى أن أهم القضايا الرئيسية للتصميم ووضع المستويات المعيارية يجب أن تشمل ما يلي :

المائل الأساسية :

- ما هي المقاييس (أو المستويات المعيارية) التي يمكن تطبيقها في وحدة الأذن والأنف والحنجرة ؟

- كيف يمكن تحديد الأهمية النسبية لكل فئة أو مجموعة من المعايير ؟
- إذا لم يتم الاتفاق على الأهمية النسبية للفئات المختلفة للمقاييس أو المستويات المعيارية ، كيف يتم حل الاختلافات ؟ وما هي العقوبات أو الجزاءات التي يمكن الاعتماد عليها ، وكيف يمكن إنفاذها ؟
- كيف يمكن الأخذ بأولويات المستفيدين من الخدمة ؟
- إذا تم الاتفاق على مستويات معيارية مقبولة لدى كل الأطراف ، من هو المسؤول عن التأكد من أن النمط الفعلي للخدمة على نطاق كل الوحدات المقدمة للخدمة في المنطقة الصحية يمكنها من تحقيق هذه المستويات ؟

المقاييس أو المستويات المعيارية :

قررت هيئة الخبراء في السلطة الصحية الإقليمية لجنوب غرب التايمز أن هناك أربعة مستويات معيارية إجبارية (أو ينبغي فرضها) يجب على السلطات الصحية الإقليمية أن تكون مستعدة لمراقبتها والتدخل لفرضها إذا استدعى الأمر . وقد تأسست هذه المستويات على الاعتقاد والقناعة بأن العملية الأساسية المتصلة بكيفية و ماهية الخدمة المقدمة ، يجب أن تخضع للمستفيد من الخدمة ومقدمها : فالغرض الأساسي هو تقديم خدمة تتميز بمستوى عالٍ من الجودة .

ولتحقيق هذا الغرض ينبغي :

١- أن تتسم الخدمة الصحية بالتالي :

- أن تقدم علاجاً فعالاً للأفراد الذين تستهدفهم الخدمة .
- أن تقدم رعاية كافية وبطريقة عادلة أو منصفة .
- أن تتسم الرعاية المقدمة بأسلوب إنساني في التعامل .
- أن تتأكد من أن الأهداف المرسومة يتم تحقيقها بأكثر الطرق فعالية .
- ٢- أن يكون التركيز الأساسي للسلطة الصحية الإقليمية منصباً على الموضوعات التالية :
- جودة الخدمة .

- النتائج المتوقعة من الخدمة .

- تكاليف الخدمة .

٢- أن يتم وضع المستويات المعيارية الإجبارية الأربعة التالية :

- يتوقع من المستفيدين من الخدمة (طالبى الخدمة من المشترين) أن يكونوا على دراية وعلم بمجتمعاتهم والآثار المترتبة على انتشار الأمراض التى من أجلها تقدم خدمات الأنف والأذن والحنجرة لمواجهتها .

- العناية بمرض الأنف والأذن والحنجرة على مدار الساعة من قبل أطباء مقيمين ومدربين فى الأنف والأذن والحنجرة على أن يكونوا أقل تقدير فى درجة أخصائى أول .

- على جميع العاملين الذين يقدمون خدمات الأنف والأذن والحنجرة أن يشاركوا فى المراجعة السريرية .

- يتوقع من المستفيدين من الخدمة (أى طالبى الخدمة من المشترين) أن يكونوا قادرين على تعريف وتحديد النتائج المرغوب تحقيقها . ويجب أن ترتبط هذه النتائج بكل من البعد المتعلق بالجوانب السريرية والبعد المتعلق بجوانب الخدمة المقدمة .

هذا ، ويقدم الشكل رقم (٦-٦) تصوراً لقائمة المراقبة والأسئلة الرئيسية المرتبطة بها . وبصفة عامة ، فإن كلاً من المستفيدين من الخدمة (طالبى الخدمة من المشترين) ومقدميها يحتاج إلى تطوير أو إيجاد نوع من الشراكة التعاونية لتقديم الخدمة بالجودة المطلوبة ، كما أوضح ذلك (١٩٩١) سميث فى القائمة التالية .

قائمة تحقق

المقياس (أو المستوى المعيارى) الأول :

- هل هناك تفهم واضح للأبعاد الوبائية لانتشار أمراض الأنف والأذن والحنجرة وآثارها على المجتمع ؟

- هل العوامل الأخرى المؤثرة فى تقييم الاحتياج للخدمة أخذت فى الاعتبار ؟

- هل هناك إطار للخدمات التي تقدم حالياً للمجتمع ؟
- هل توجد إستراتيجية لمقابلة الاحتياجات المحددة للخدمة المناسبة ، وبما ينتج عنه عائد صحى يمكن قياسه ؟

المقياس (أو المستوى المعيارى) الثانى :

- هل يوجد نظام يمكن بموجبه أن يقوم عميد الدراسات العليا بمراقبة توزيع مواقع ونوبات الأخصائين الأول ، وإعداد تقارير حول المواقف غير المرضية أو الأداء غير المرضى لهؤلاء الأخصائين للسلطة الصحية الإقليمية ؟

المقياس (أو المستوى المعيارى) الثالث :

- هل قامت اللجنة الإقليمية للمراجعة الطبية بتطوير ومراقبة تنفيذ خطة مراجعة خدمات الأنف والأذن والحنجرة على نطاق الإقليم أو المنطقة ؟
- هل تمت مشاركة كل السريريين ؟
- هل يشارك كل العاملين فى المراجعة السريرية ؟

المقياس (أو المستوى المعيارى) الرابع :

- ما هى مقاييس الناتج التي تم تطويرها لخدمات الأذن والأنف والحنجرة ؟
- هل تم البحث عن مداخلات العمل من الخدمة فى هذه العملية ؟
- هل تمت الاستفادة من المعلومات التي تم الحصول عليها فى هذه العملية لتطوير خدمات الأذن والأنف والحنجرة المستقبلية ؟ كيف تم ذلك ؟

الأسئلة الرئيسية :

مراقبة المسائل المهمة :

على السلطة الصحية الإقليمية أن تسعى لتوضيح المسائل التي تعتبرها السلطة المستفيدة من الخدمة مهمة (أى طالبي الخدمة من المشترين) . وتلخص القائمة التالية الأمثلة الرئيسية لمراقبة المسائل المهمة :

نطاق الخدمة :

- هل تأخذ سياسة الاستفادة من الخدمة (شراء الخدمة) في اعتبارها مدى أو نطاقاً واسعاً للخدمات المقدمة مثل التشخيص المبكر للأمراض ، وتخطيط سمع الأطفال ، وتوفير المعينات السمعية لهم ؟
- هل هناك بروتوكولات متفق عليها بين وحدات الرعاية الأولية والثانوية فيما يتعلق بنظام التحويل والإدارة من قبل الممارسين العامين ؟

إمكانية الاستفادة من الخدمة :

- كيف يتم التوازن بين تقديم الجراحة النهارية وخدمات المرضى المنومين ؟
- هل يمكن الوصول للعيادات الخارجية محلياً ؟
- ما هي الخدمات الأخرى (على سبيل المثال : إصلاح المعينات السمعية وتغيير البطاريات) المتاحة محلياً ؟ وهل يمكن توفيرها داخل المجتمع الذي تقدم فيه الخدمة أو الرعاية ؟
- هل تمت استشارة المستفيدين من الخدمة في هذه الجوانب من الخدمة المقدمة ؟

الحوار مع المستفيدين من الخدمة :

- ما هي العمليات المستخدمة للحصول على آراء المستفيدين من الخدمة والممارسين العامين .

الخدمات الخاصة بالأطفال :

- ما هو معدل حدوث أمراض الأنف والأذن والحنجرة في الأطفال محلياً ؟ أى عدد الإصابات الجديدة في فترة زمنية معينة .
- ما هي طبيعة المعلومات المجمعة للتأكد من أن احتياجات مجتمع الأطفال تم تضمينها في القرارات المتعلقة بشراء خدمات الأنف والأذن والحنجرة ؟

- كيف تتم الاستفادة من نتائج معالجة أمراض الأنف والأذن والحنجرة لدى الأطفال في الإقليم/ المقاطعة ؟
- من أين يتم الحصول على خدمات الملاحظة /المراقبة للجوانب التخصصية في الخدمة المقدمة ؟
- هل هناك بروتوكولات بشأن تدابير معالجة فقدان السمع لدى الأطفال بين الرعاية ؟
- كم تبلغ فترة الانتظار للإحالة إلى ما يلي : وحدة تخطيط سمع الأطفال ، استشارى الأنف والأذن والحنجرة للعيادات الخارجية ، والمعالجة الداخلية فى المستشفى " كمرضى منوم " ؟

العلاقات البينية لخدمات الأنف والأذن والحنجرة :

- هل العلاقات البينية بين خدمات الأنف والأذن والحنجرة والخدمات الأخرى (على سبيل المثال : الإسعاف والطوارئ ، الأطفال ، التحذير) تم أخذها فى الاعتبار بصورة مرضية ؟

أعباء الحالات المرضية البسيطة :

- ما هى المعلومات التى يتم ترتيبها أو موازنتها لمقابلة مزيج وعبء التعامل مع الحالات المرضية المختلفة لأمراض الأنف والأذن والحنجرة ؟
- ما هى المعايير شبه المثلثى المتفق عليها ؟
- هل تم تدريب صغار الأطباء بصورة مرضية ومناسبة ؟
- هل تتوفر خبرات كافية لتقديم تدريب موسع للعاملين ؟

التعليم وبحوث الاستقطاب والتطوير والمراجعة :

- ما هى برامج التعليم العالى التى تتوافر للمستشفى وللأطباء الممارسين فى مجال الأنف والأذن والحنجرة ؟

- هل هناك فرص معروفة للبحوث والابتكار ؟

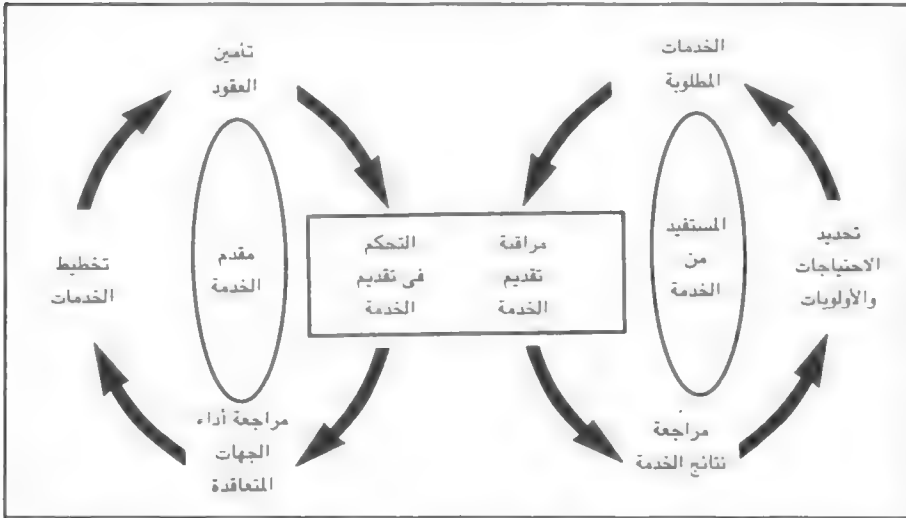
- ما هي المجالات التي تم تحديدها للبحوث العملية ؟

الممارسة الخاصة :

- ما هو الرأي بشأن أثر الممارسة الخاصة على السوق وتأثيرها على الاحتياج

لخدمات الأنف والأذن والحنجرة في المجتمع ؟

الشكل رقم (٦-٦) : الشراكة من أجل الجودة : تقديم الخدمة



ويستلزم تحديد مواصفات العقد ووضع المستويات المعيارية أيضاً أهمية القيام بالتوثيق اللازم وتجميع المعلومات : للتأكد من تحقق المستويات العالية التالية :

- جودة الخدمات السريرية والخدمات الأخرى .

- رضا العميل / المريض .

- استخدام الموارد حسب كل حالة .

وفيما يتعلق بأساليب جمع المعلومات للتحقق من بلوغ كل مستوى من هذه المستويات ، فقد حددها " أبسون *Upson* " في اللوحة التالية أدناه :

الوسائل المتاحة للمستفيدين من الخدمة (المشتريين) لتحليل ومراقبة درجة تجاوب مقدم الخدمة :

الجودة السريرية :

- بيانات إدارة الجودة .
- بيانات الوفيات .
- عملية تحسين الجودة الشاملة .
- تحليل المنطقة الصغيرة وما قبل التفويض للرعاية ذات التباين الكبير أو التكلفة العالية .
- ملاءمة الخدمة ، ونتائجها ، وكفاءتها .

جودة (من وجهة نظر) العميل :

- مسوحات " جالوب *Gallup* " .
- الربط مع كل مستويات الإدارة و فرق إدارة الجودة الشاملة .

استخدام الموارد حسب كل حالة :

- التحليل المقارن للحالات عن طريق فئات حالات التشخيص المماثل أو تصنيف مشابهة .
- جميع الحالات المرضية الظاهرة منها أو غير الظاهرة .

سبل ووسائل وأساليب تصميم الرعاية الصحية :

إن مسألة وضع مستويات معيارية للرعاية الصحية وتصميمها ضمن وحدة تقديم خدمات الرعاية الصحية ، ينبغي النظر إليهما على أنهما عملية شاملة *total* تحت السيطرة أو الإدارة :

- عملية شاملة : بمعنى أنه يجب أن تتضمن كافة الأجزاء التشغيلية فى الوحدة .

- عملية تحت السيطرة أو مدارة بشكل جيد : بمعنى أن هذا النمط من التصميم الظاهر أو المستوى المعيارى أو التصميم لم يتم عمله فى السابق ، ويحتاج إلى جهود تنسيقية لمجموعات كبيرة ومتباينة من العمليات التشغيلية .

ولتطوير هذا الأمر المتصل بتصميم الرعاية الصحية ، يمكن الاستفادة من مجموعة الأساليب والأنوات والطرائق المعروفة فى جميع القطاعات الصناعية باسم " انتشار وظيفة الجودة QFD- Quality Function Deployment (انظر 1989 Oakland) : وذلك من أجل التعامل مع الجوانب المختلفة لعمليات تصميم ووضع المستويات المعيارية .

ومن الأساليب أو الوسائل التى ترتبط بتصميم الرعاية الصحية ما يلى :

١- مخطط التشابه .

٢- مخطط العلاقات المتبادلة .

٣- مخطط الشجرة .

٤- التصميم المصفوفى .

٥- تحليل البيانات المصفوفة .

٦- خريطة برنامج مخطط قرار العملية .

٧- المخطط السهمى - وهو مماثل لأسلوب تتبع سكة المريض والمسار السريرى (Patient trailing & Clinical pathway) الذى تمت مناقشته من قبل .

وتعد جميع هذه الأساليب أو الوسائل بسيطة وذات علاقة تبادلية فيما بينها ، وفق الترتيب الموضح أعلاه ، بدءاً من نشاط عصف الأفكار الخلاق أو الإبداعي ، وانتهاءً بالترتيب الحالى للموضوعات المهمة والتطبيقية الخاصة بمهمة جدولة النشاطات ووصفها .

١ - مخطط التشابه : Affinity Diagram

هو التجميع المبنى على العلاقات الطبيعية ، أو التي تبدو طبيعية بين عدة بنود ، ويتم ذلك عن طريق عصف الأفكار . ويستخدم هذا المخطط لتوليد الأفكار والمقولات حسب ترتيب معين ، أو لتنظيم ما يبدو من أفكار أو آراء غير مترابطة من مختلف الجوانب المتصلة بعمل أو بمشكلة ما .

وهذا المخطط يكون أكثر فائدة فى الحالات التالية :

- الأفكار الشائعة ، غير المنظمة أو المعقدة .
- عند الحاجة إلى نمط جديد من التفكير .
- عندما تكون الحلول المطلوبة ليست سهلة .

وهناك أربع عمليات رئيسية لإيجاد مخطط القرب ، هى :

١- قم بعصف غير مرتب للأفكار حول كل المسائل أو القضايا ذات الصلة بالعمل الذى تتم مراجعته .

٢- سجل هذه الأفكار فى ورقة أو أكثر .

٣- ابحث عن واحد أو أكثر من مجموعة تشمل خمسة إلى عشرة أصناف أو موضوعات رئيسية والتي تشرح /أو تفسر أو تتضمن (٨٠ - ٩٠ ٪) من الأفكار التى نتجت عن النقطتين الأولى والثانية أعلاه .

٤- راجع هذه المجموعات واحصل على اتفاق حول الأمثل منها الآن .

إن النتائج من هذه العمليات الأربع هو (فى الغالب) ترتيب لعدد كبير من الأفكار فى عدد قليل ومحدود من موضوعات رئيسية كخطوة للمزيد من التحليل (انظر المثال الأتى) :

ماهو التقييم السريرى والتشخيص الجيد ؟		
نظم تقييم واضحة	تخطيط الرعاية الأولية	الوعى بالمعالجات البديلة ومناقشتها
سهولة الحصول على خدمات التشخيص	المشاركة البينية للتخصصات المختلفة	التحديد الواضح للعقود
اتصالات الفريق الفعالة	مشاركة المريض	يؤدى إلى خطة معالجة واضحة ونتائج إيجابية

٢- مخطط العلاقات المتبادلة :

يتبع هذا الشكل مخطط القرب المشار إليه آنفاً ، وذلك عن طريق استخدام روابط منطقية أو متوالية بين المجموعات أو العوامل المحددة . ويسمح هذا الشكل للأفكار والروابط التى سبق طرحها أو توقعها بالبروز من خلال المناقشات ، ويمكن تطبيقها لبعض القضايا ذات الصلة بتشغيل الخدمات السريرية وغير السريرية المحددة ، إلى جانب القضايا العامة للإدارة . وهذا الشكل يستخدم فى الظروف التالية :

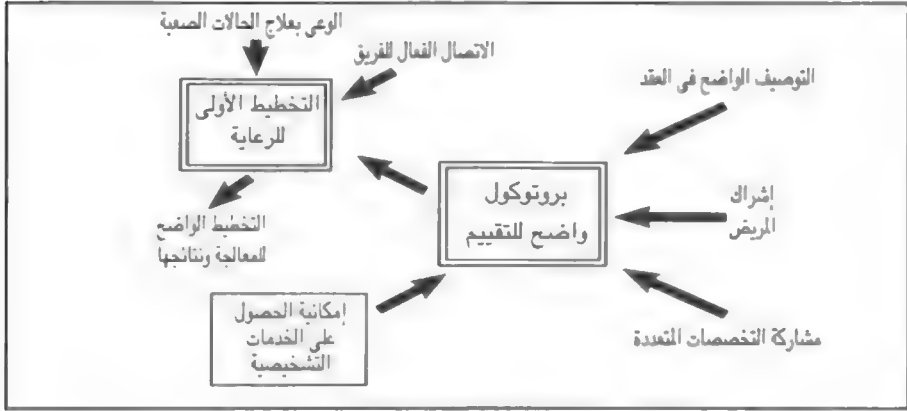
- عندما تكون القضية قيد المعالجة معقدة والعلاقات المرتبطة بها غير واضحة بصورة مباشرة .
- عندما تتطلب مسألة الجودة ارتباطاً صحيحاً وتوالياً منطقياً ، وتتطلب عند التوصل إلى مخطط القرب ما يلى :

١- المزيد من توالد الأفكار بشأن القضايا قيد البحث ، وذلك إما عن طريق عصف الأفكار أو بالاسترشاد بمواد توثيقية مناسبة .

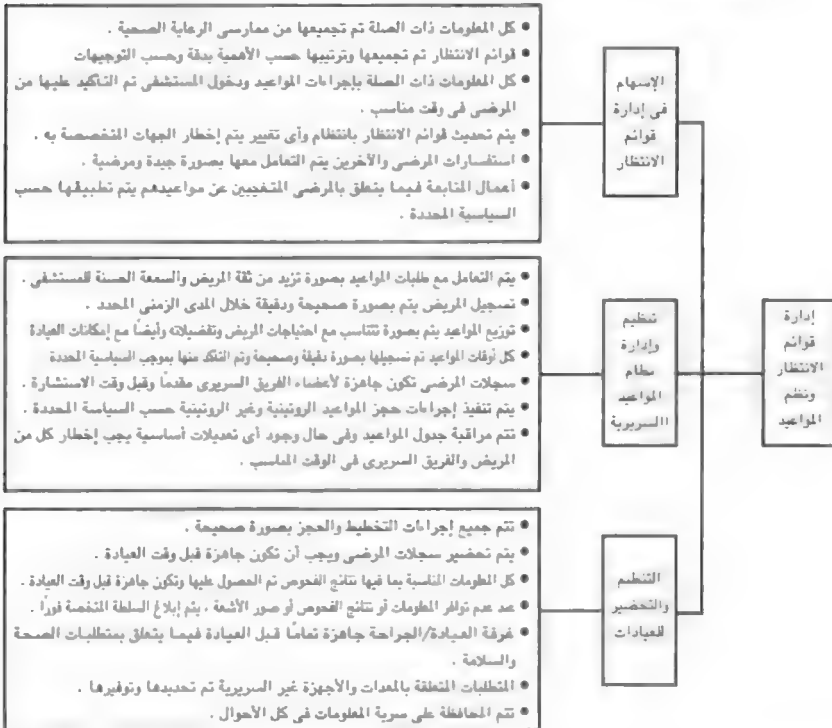
٢- استخدام الأسهم لتوضيح المسائل المرتبطة .

٣- استخدام المربع المزوج لتوضيح عامل أو سبب أساسى . كما فى الشكل رقم (٦-٧) .

الشكل رقم (٦-٧) : شكل العلاقات المتبادلة



الشكل رقم (٦-٨) : إدارة قوائم الانتظار



٢- المخطط أو الشكل الشجري : Tree Diagram

يقوم هذا الشكل بعمل ترتيب منتظم لطيف واسع من الأنشطة التي يجب إنجازها لتحقيق هدف أو نتيجة محددة . ويتطلب فحصاً للروابط الموضوعية والمتتالية بين الأعمال . وتعتبر هذه الطريقة تزياناً للطريقة السريعة والسطحية (رغم ما توصف بها من تركيز على التوجيه العملي) الرامية إلى إيجاد حلول جاهزة ! . ويعمل بهذه الطريقة في الظروف التالية :

- عندما يسود فهم مشوش حول عملية مجموعة من الأنشطة .
- عندما تكون هناك حاجة إلى تحليل يتسم بالشمولية .
- عندما يكون هناك انتقال من مهمة أو عمل محدد إلى مجموعة واسعة من الأهداف .
- عندما يكون الموضوع معقداً .

وتشتمل خطوات هذه الطريقة على ما يلي :

- البدء بعمل أو عملية واحدة وكتابتها في الطرف الأيسر من الورقة أو على السبورة .
- السؤال عن المطلوب لإكمال العمل - وضع أوزان من نقطة إلى خمس نقاط .
- اسأل لكل واحدة من هذه النقاط السؤال نفسه .

ويوضح الشكل رقم (٦-٨) مثالاً حول كيفية إدارة قائمة الانتظار باستخدام المخطط الشجري .

٤- التصميم المصفوفي : Matrix Design

إن الغرض من هذه الوسيلة الهامة هو تخطيط العلاقات البينية بين الأعمال الفرعية وتحديد الأهمية النسبية لكل منها . وتتوافر هذه الوسيلة بصورة مطابقة في بالشكل رقم (٦-٩) على شكل مصفوفة تتخذ رسم الحرف اللاتيني L . ويوضح هذا الشكل ، التقاطع بين مجموعتين مترابطتين من البنود أو الأعمال . أما الشكل رقم (٦-١٠) فهو يعطى مثالاً للتصميم المصفوفي المتعلق بتصوير أو مرئيات كل من المريض وطبيب الجراحة للجودة .

وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن تطويع هذا الشكل ليأخذ شكل مصفوفة تتخذ الحرف اللاتيني T رسماً لها ، والتي هي عبارة عن تجميع مصفوفتين للشكل السابق L . ويوضح الشكل رقم (٦-١١) مثالاً لنمط المصفوفة T المستخدمة لتصميم التدريب للجودة على المستوى الكلي للوحدة الصحية .

الشكل رقم (٦-٩) : مصفوفة " L "

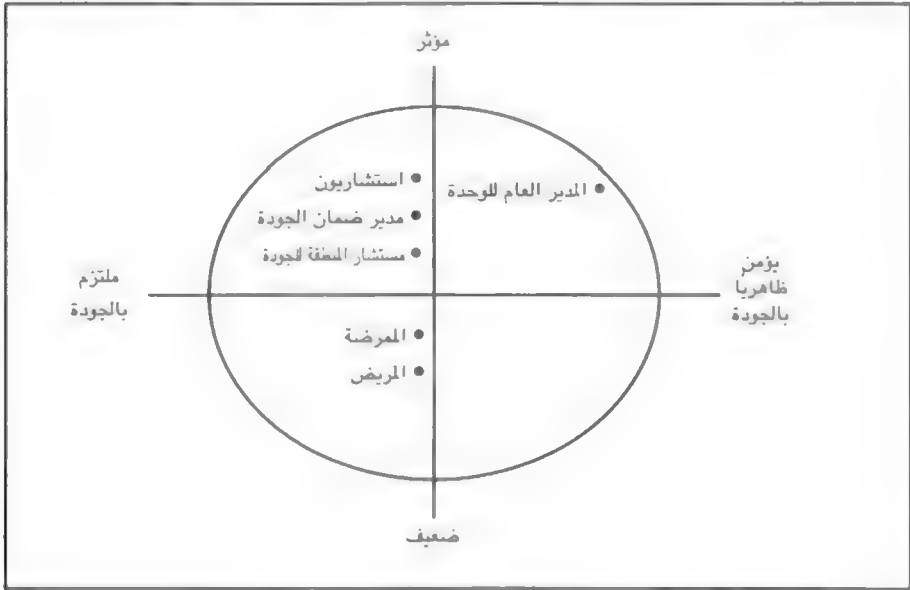
[illegible]

الشكل رقم (٦- ١٠) : تصور كل من المريض وطبيب الجراحة للجودة

تصور الطبيب						
العلاقة مع المريض	فريق العمل	سرعة الإجراء	كفاءة صفات العمالة الطبية	توافر غرف العمليات	توافر الأسرة	مدة المكوث بالمستشفى
						سهولة عملية إدخاله
						الاستقبال
						الخدمات الفندقية
						مواقف (استعدادات) العاملين
						المعلومات
						معاونة أو ألم ما بعد العملية
						ترتيبات خروجه من المستشفى

الموضوعات والقضايا وأنماط السلوك الرئيسية بأسلوب ذى بعدين ، على أقل تقدير . وفى هذا الصدد نحيل القارئ لشكل التدريب كما ورد فى دراسة ' كوش ' koch ، عام ١٩٩١ م . والآن نعيدها على الوجه الذى يوضحه الشكل رقم (٦-١٢) .

الشكل رقم (٦-١٢) : تحليل بيانات المصفوفة



٦- مخطط برنامج شكل العملية : Process Diagram Programme Chart

هذا المخطط يتم استخدامه لتعريف كل حدث متوقع ، أو غير متوقع فى العمليات السريرية وغير السريرية . ويساعد المخطط فى التخطيط للحدث ، وكذلك التخطيط لكيفية تلافى ما قد يواكب تحقيقه من انحرافات . وهو ، يماثل من حيث التكوين ، الشكل الشجرى ، ويتضمن :

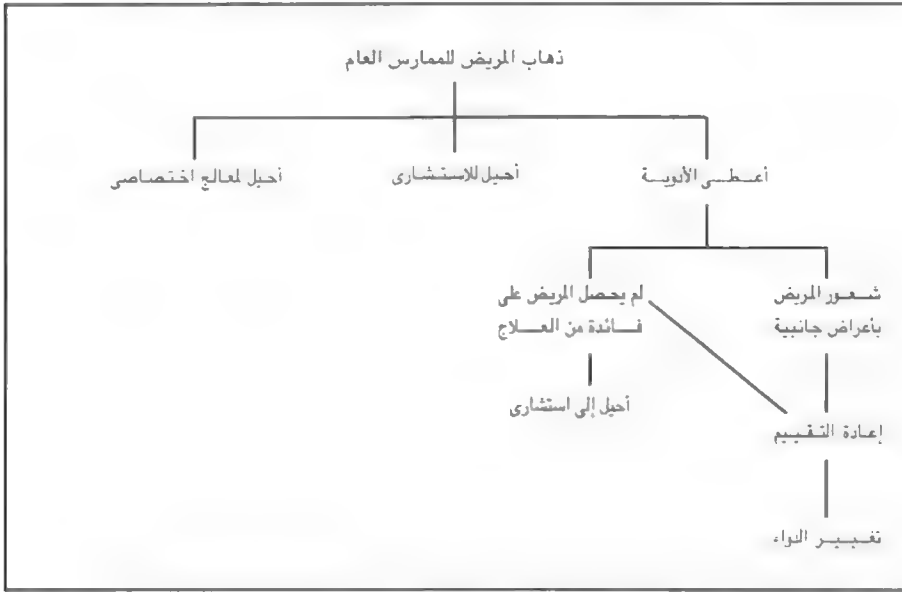
- تحديد جزء واحد من العملية قيد البحث .

- طرح السؤال : ما هو الشيء الخطأ الذى قد يحدث فى هذه النقطة المحددة .

- إعداد قائمة بالإجراء أو الإجراء المضاد الذي يمكن اتخاذه .
- المواصلة حتى اكتمال العملية .
- التكرار مع أجزاء أخرى من العملية .

ويوضح المثال أدناه ، الموضح في الشكل رقم (٦-١٢) ، مخطط برنامج شكل العملية لتقديم خدمات العلاج النفسى .

الشكل رقم (٦-١٢) : مخطط برنامج شكل العملية



٧- الشكل السهمى : Arrow Diagram

هذه الطريقة مشابهة لدرجة كبيرة لمنهجية تتبع سكة المريض التي تم استعراضها في فصل سابق ، والتي تُستخدم لتخطيط عملية ما ، بصورة محددة ومفصلة . وتساعد هذه الطريقة في فهم الأعمال الهامة المتصفة بالتكرارية . وطبقاً لذلك فهي مشابهة لطريقة تحليل المسار الحرج (Critical Path Analysis) .

إن الكثير من هذه الأساليب ، إن لم تكن كلها ، والتي تعرف جماعياً باسم تطوير وظيفة الجودة ، تتسم بالبساطة ، ولكنها أيضاً توفر قدرًا من البنائية والتنظيم عند تحليل وتصميم العمليات المعقدة .

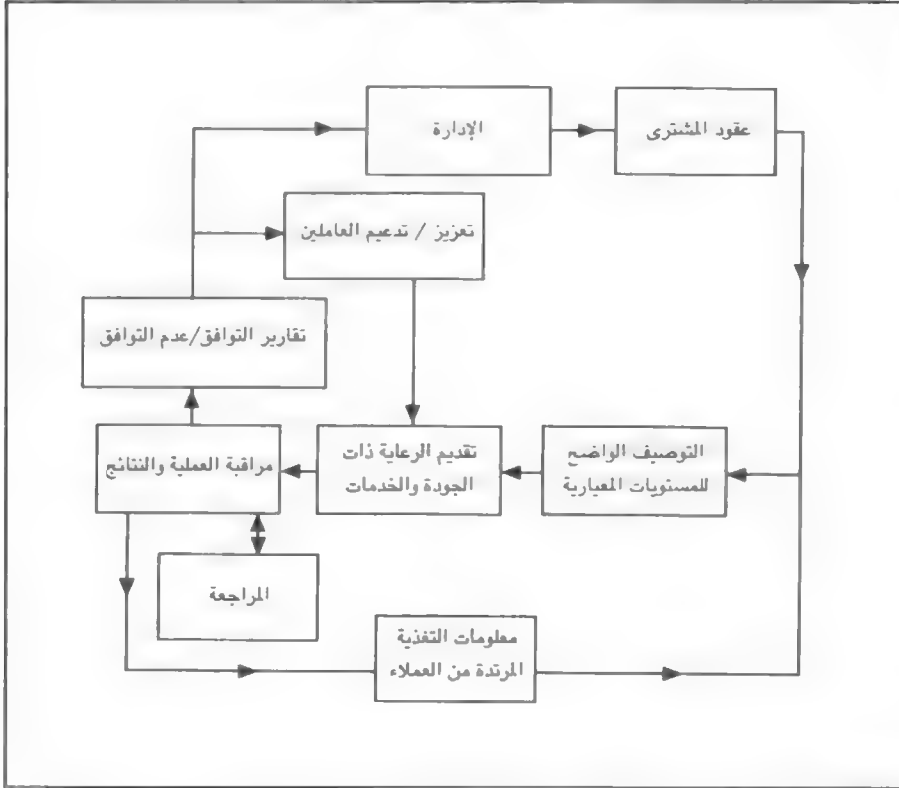
إدارة المخطط ووضع المعايير :

لعله من المهم عند الحديث عن إدارة الجودة ، التأكد من أن هذه العملية هي تحت الرقابة ، ويتم مراجعتها بفرض إنجازها على الوجه المطلوب ، وأنها تسمح وتتأكد من مشاركة الأشخاص ذوى الصلة ، وأنه قد تم توفير كافة مقوماتها والموارد التي تحتاج إليها فيما يتعلق بعاملى الزمن والخبرة .

ومن المهم أيضاً الأخذ فى الاعتبار ما يلى :

- أنه ليست هناك مجموعات لمقاييس (أو لمستويات معيارية) الرعاية الصحية تكون شاملة ومكتملة . أى أنه يوجد دائماً مجالاً للتحسين والتطوير .
 - إن كل وحدة تقوم بتقديم خدمة الرعاية ، وكل فئة من العاملين بهذه الوحدات ، يمكن لها ولهم أن يتعلموا من تجارب الوحدات الأخرى ومما استطاعت تطويره . وهذا لا يتناقض ، على أى وجه ، مع قضايا ملكية الأفكار أو ذاتيتها ، أو بقدرة العاملين على تطوير مستويات معيارية بأنفسهم .
 - إن التصميم دائماً ما تحدده محددات تتصل بالمرضى أو العملاء أو بمحددات مالية .
- ويوضح الشكل رقم (٦-١٤) الآتى العناصر الرئيسية فى عملية وضع المستويات المعيارية .

الشكل رقم (٦-١٤) : العناصر الرئيسية فى وضع المستويات المعيارية



وفى جزء سابق فى هذا الفصل ، تم توضيح قائمة التحقق الأساسية عند وضع المستويات المعيارية . ويوضح الشكل رقم (٦-١٥) أحد الأمثلة على نتائج المراجعة المبدئية لوضع هذه المستويات . ويوضح ، أيضاً ، النشاط المكثف والمعتبر لعملية المراجعة الأولية ووضع المستويات المعيارية ، إلا أنه بحاجة إلى المزيد من التطوير كي تكون هذه العملية عند المستوى المطلوب . أما الشكل رقم (٦-١٦) فيظهر نموذجاً لكل من موضوعات : خطة التنفيذ ، والجدول الزمنى لعملية وضع المستويات المعيارية (ومراقبتها) .

الشكل رقم (٦-١٥) : المهن المتصلة بالطب : قائمة التحقق من وضع المستويات المعيارية ومراقبة تنفيذها

المهن المتصلة بالطب				
وضع المستويات المعيارية وقائمة المراقبة				
هل الإدارة مستويات معيارية مكتوبة ؟	الإدارة (أ)	الإدارة (ب)	الإدارة (ج)	الإدارة (د)
أ - هل هي وصفية (أي لا يمكن قياسها) ؟	✓	✓	✓	✓
ب- هل هي قابلة للقياس (محددة ، غالباً بشكل رقمي يمكن قياسه) ؟	بعضها	بعضها	بعضها	بعضها
ج- هل رسالة المنظمة / الوحدة محددة / وكذلك أهداف الخدمة ؟	✓	✓	✓	✓
فيما يتعلق بالمستويات التي يمكن قياسها - هل هي :				
أ- شاملة (أي تغطي جوانب الخدمة) ؟	✓٩٠	✓٩٩	✓٨٠ سريرية	✓٧٥ سريرية
			✓٧٥ إدارية	✓٩٥ إدارية / خدمية
ب- هل تغطي (١-١٠) من الجوانب / المواضيع الرئيسية ؟	لا	✓	✓	✓
ج- هناك مراجعة كل ستة أشهر ؟ هل للإدارة/الوحدة فكرة واضحة ؟	✓	مبتدئ/مختار	لا	✓
هل للإدارة/الوحدة فكرة واضحة /أو خطة للمواضيع/ الجوانب التي سيتم لاحقاً إعداد المستويات المعيارية لها ؟	نعم	قيد المراجعة	قيد المراجعة	✓٩٩
بالنسبة لكل العاملين بالإدارة / الوحدة :	✓	✓	✓	✓
أ- يطمون قليلاً حول هذه العملية .	✓	✓	✓	✓
ب - يعلمونها ومتفقون حول هذه المستويات .	✓	✓	✓	✓
ج - هل تتصل هذه بالمراجعة ؟	✓	في موضوعين	تحت تطوير	✓

(تابع) الشكل رقم (٦-١٥) : المهن المتصلة بالطب : قائمة التحقق من وضع

المستويات المعيارية ومراقبة تنفيذها

المهن المتصلة بالطب				
وضع المستويات المعيارية وقائمة المراقبة				
الإدارة (أ)	الإدارة (ب)	الإدارة (ج)	الإدارة (د)	
١- هل ترتبط هذه بمعلومات التغذية المرتدة من العملاء ؟	١- في العيادات الخارجية	٢- :	٣- التقارير السنوية تذهب للمحاسبين	
١- هل هناك عملية مراقبة واضحة لتقييم الأداء الحالي مقابل المستويات الموضوعة ؟	١- تمت مراجعة البطاقات	١- تم توفير أوقات الانتظار	١- تم توفير لسهولة تسليح	
٢- تم توفير الاحتياجات	٢- تم توفير الاحتياجات	٢- المراجعة الخارجية	٢- التراجع كل مسير	
٣- قسمة مراجعة خروج المرضى	٣- قسمة مراجعة	٣- خروج المرضى	٣- قسمة مراجعة	
٤- التقييم	٤- التقييم	٤- التقييم	٤- التقييم	
٥- التقييم	٥- التقييم	٥- التقييم	٥- التقييم	
٦- أ - هل يتم إعداد تقرير ربع سنوي ؟	لا	لا	لا	٦- أ - هل يتم إعداد تقرير ربع سنوي ؟
ب - هل تمت مناقشة موضوع هذا التقرير مع العاملين ؟	لا	لا	لا	ب - هل تمت مناقشة موضوع هذا التقرير مع العاملين ؟
ج - هل يتسلم المدير الأعلى نسخة من التقرير ؟	لا	لا	لا	ج - هل يتسلم المدير الأعلى نسخة من التقرير ؟
د - هل يتم اتخاذ شيء حيال الأداء غير المتوافق مع المستوى المعيارى ؟	بصورة غير رسمية	بصورة غير رسمية	بصورة غير رسمية	د - هل يتم اتخاذ شيء حيال الأداء غير المتوافق مع المستوى المعيارى ؟

الشكل رقم (٦-١٦) : خطة التنفيذ والجدول الزمني لوضع المستويات المعيارية

تصميم جودة الرعاية الصحية : إعداد ومراقبة المستويات المعيارية ، خطة التنفيذ و الجدول الزمني

مقدمة :

لقد تم نقاش طويل وعمل متواصل في العديد من الإدارات في نطاق السلطة الصحية الإقليمية حول تطوير مستويات معيارية يمكن قياسها . وكانت أسباب وأهداف وضع وإعداد هذه المستويات قد تم شرحها و توصيفها في وثيقة حديثة ، وذلك عند تطوير إستراتيجية الجودة الشاملة في بداية هذا العام . وتم أيضا مناقشة الصعوبات التي تكتنف تحديد المسائل والموضوعات الرئيسية . وكان ذلك بعد عقد العديد من ورش العمل حول ذات الموضوع . وقد تزامن عقد هذه الورش مع العملية الموسعة لتخطيط الجودة على مستوى الإدارة الوحدة والتي شارفت على الانتهاء . وهذه الورقة الموجزة توضح خطة مباشرة للتنفيذ وجدول زمني بقصد تحقيق الأسلوب الشامل .

خطة التنفيذ :

تتطلب خطة التنفيذ مراعاة الخطوات التالية ، إذا لم يتم تحقيقها من قبل :

أ- راجع العملية الحالية لوضع وإعداد المستويات المعيارية باستخدام القائمة المرفقة . مرفق أيضا مثال توضيحي حول كيفية استخدامها .

ب- قم بإعداد خطة للإدارة لتحقيق ما يلي :

١- المواضيع الواجب أخذها في الاعتبار عند إعداد المستويات لعام ١٩٩٢/١٩٩١ .

٢- بحث كيفية تحويل المواضيع إلى :

أ - مستويات معيارية يمكن قياسها .

ب - وضع آليات واضحة للمراقبة .

٣- تقارير الموافقة / المطابقة من حيث النماذج والجدول الزمني .

٤- كيفية استخدام المعلومات في الفقرة (٣) لتحقيق ما يلي :

أ- تحسين الخدمة .

ب- تعزيز /تدعيم العاملين .

ويقتراح أن يتم نظام نموذج الصفحة الواحدة إلا إذا كان هناك سبب آخر يدعو لغير ذلك . ويتميز هذا النظام بأنه متوافق مع مبادرة الإدارة لتخطيط الجودة .

الجدول الزمني :

الخطوة (أ) مراجعة وضع المستويات المعيارية	نهاية أكتوبر ١٩٩١
الخطوة (ب) وضع المستويات المعيارية على مستوى الإدارة	نهاية ديسمبر ١٩٩١

وما دما نتحدث عن موضوع وضع المستويات المعيارية نود أن ننوه أن نموذج سكة تتبع المريض والذي تمت مناقشته آنفاً عند معرض حديثنا عن تخطيط الجودة ، يعتبر طريقة مفيدة جداً فى ترتيب تطوير المستويات المعيارية لكل موضوع ، أو أى مؤشر للجودة تم تحديده بحيث يمكن تقسيمه إلى مستوى أو إلى عدة مستويات معيارية . انظر الشكل رقم (٦-١٧) . وتوضح الأشكال (٦-١٨) إلى (٦-٢١) المزيد من الأمثلة للمستويات المكتوبة ونماذجها المستخدمة .

الشكل رقم (٦ - ١٧) : الإدارة : خطة الجودة لتقديم الخدمة - ملاءمة الخدمة
(1991 Koch & Chapman)

المؤشر	وصف المستوى المياري أو المقياس / الهدف	المؤشر أو المؤشرات التي يمكن قياسها	الإنجاز المستهدف أو الإنجازات المستهدفة	طريقة المراقبة ، ومستوى التكرار والمسؤوليات
١- جودة الخدمة المقدمة (١ : ١) مدى ملاءمتها	١:١:١ المرضى ينتظرون في العيادة لأدنى حد ممكن	وقت الانتظار	١: من المرضى تمت رؤيتهم في غضون ٣٠ دقيقة ١٠٠: تمت رؤيتهم في ٣٠: دقيقة على الأقل	يقوم مدير الأعمال بمراجعة أوقات الانتظار في كل عيادة شهرياً
	١:١:٢ يتم الترحيب بالمريض في الجناح ويتم أخذهم لأسررتهم في أسرع وقت ممكن . ويشتمل الترحيب إقحام المرضى أو نويمهم لأسباب التويم .	الوقت بين دخول الجناح ونقلهم إلى أسررتهم .	٨٠: في أقل من ١٠٠: في ٣٠ دقيقة	على ممرضة الجناح مراجعة الأمر أسبوعياً . وتراجع مديرة إدارة التمريض ١٠٪ من حالات الإدخال إلى الأجنحة كل أسبوعين .
	بيئة الجناح صحية وتبعث على السرور	التفتيش بالنظر والتأكد من نظافة الجناح أسبوعياً عن طريق قائمة النظافة	عدم وجود شكاوى من العاملين أو المرضى	عن طريق ممرضة الجناح والشرف المحلى أسبوعياً . وعن طريق ممرضة مراقبة العدوى ومدير الإدارة لتمريض شهرياً .
	ممتلكات وأغراض المرضى تحفظ بسلامة خلال فترة نويم المرضى . وعلى كل العاملين أن يكونوا ملمين بهذا الأمر .	تشويق الأمانات عند الضرورة وإبلاغ المرضى بوجود هذه السياسات	ليس هناك ضياع للأمانات	عمل اختبار شهري عشوائي لدى ممرضة العاملين والمرضى بالسياسات . يقوم مدير الأعمال بمراقبة أي ضياع للأمانات .
	الأجنحة المخصصة لأمراض الروماتيزم و CRC عليها التكد من الجودة المرتفعة للرعاية الاستشارية وكذلك الأمر بالنسبة للأسرة التي يشغلها مرضى العظام .	تشخيص حالات المرضى الذين تم إحالتهم لسويد .	رفض حالات التويم إذا لم تكن غير استشارة الإدارة .	مديرة إدارة التمريض (أو من تفوضه من معاونيها) عليها إخطار مدير الأعمال - يومياً بالمرضى غير المزمعين .
	١:١:٣ زيادة أعداد المرضى الذين يعالجون في العيادات النهارية .	عدد المرضى المراجعين للعيادات النهارية وعدد حالات الغول العالية الخطيرة .	٢: من حالات أمراض العظام وجراحاتها	شهرياً عن طريق الحاسب الأل العمليات من خلال مدير الأعمال .

تابع الشكل رقم (٦ - ١٧) : الإدارة : خطة الجودة لتقديم الخدمة - ملاءمة الخدمة
(1991 Koch & Chapman)

المؤشر	وصف المستوى المعيارى أو المقياس / الهدف	المؤشر أو المؤشرات التي يمكن قياسها	الإنجاز المستهدف أو الإنجازات المستهدفة	طريقة المراقبة ، ومستوى التكرار والمسؤوليات
١- جودة الخدمة المقدمة (١ : ١) مدى ملاءمتها	١.١.١ تنفيذ السياسة	إعداد تواريخ الخروج من المستشفى خلال ٢٤ ساعة متى كان ذلك ممكناً عدد المرضى الذين أخرجوا دون خطاب الخروج موقعاً من قبل الطبيب المختص . عدد المرضى الذين يرى الأطباء أنهم يمكنهم الخروج ولكنهم لا يستطيعون الخروج	٩٠ ٩٨ ٢	تقوم مديرية إدارة التمريض بإجراء فحص عشوائي للوائل / السجلات : بواقع ٥ لكل جناح كل أسبوعين تحتفظ ممرضة الجناح بقائمة جميع المرضى الذين يعادون قبل توقيع الطبيب لخطاب الخروج وترسل أرقامهم لـ B.M. شهرياً
١.١.٥ جراحة العظام الاتصال المستمر وفي الوقت المناسب مع الممارس العاد	إرسال خطابات إشعار لمرضى العيادات الخارجية .	إرسال خطابات إشعار لمرضى العيادة الخارجية .	خلال اسبوع واحد	السكرتيرة التنفيذية المسؤولة تراجع أسبوعياً وتعد تقريراً بذلك .
أمراض الروماتيزم	إرسال خطابات مرضى العيادة الخارجية .	إرسال خطابات مرضى العيادة الخارجية .	خلال أسبوعين .	السكرتيرة المسؤولة تراجع أسبوعياً وتعد تقريراً بذلك
كل الاستشاريين متاحين للتحدث على الهاتف مع الممارسين العاميين . طيلة ٢٤ ساعة عن طريق النداء الآلى	عدد الشكاوى الشفوية والكتوبية	الوجود على الأقل مرتين أسبوعياً لمدة ساعة على الأقل	يقوم مدير الأعمال بعمل بزيارة مفاجئة شهرياً	

الشكل رقم (٦-١٨) معايير حقوق المريض (وزارة الصحة ١٩٩٢)

- أن يتلقى المريض الرعاية الصحية على أساس احتياجاته الطبية (السريرية) ، بغض النظر عن قدرته على الدفع .
- أن يكون مسجلاً في العيادة الطبية العامة .
- أن يتلقى الرعاية الطبية في حالات الطوارئ في أى وقت ، عن طريق عيادتكم الطبية العامة أو إدارة خدمات إسعاف الطوارئ ، وقسم الحوادث والطوارئ بالمستشفى .
- أن يتم تحويله إلى طبيب استشارى يكون مقبولاً منكم ، عندما يعتقد الطبيب العام لديكم بأن هذا الإجراء ضرورى ، وأن يحال لأخذ رأى استشارى ثانٍ إذا وافقتم أنتم وطبيبكم العام على أن هذا الإجراء مطلوب .
- أن يعطى المريض تفسيراً واضحاً حول أى معالجة (علاج) أو تدبير يقترح له ، بما فى ذلك أى أضرار قد يتعرض لها نتيجة ذلك ، إضافة إلى إعلامه ببدائل التدابير التى تتناسب وحالته الصحية ، وذلك قبل تقريره بالموافقة على العلاج المقترح له ، من قبل الطبيب الذى سيعالجه ، أو أفراد الفريق الطبى المعالج .
- أن يتاح للمريض الحصول على سجلاته الصحية عند الضرورة ، وأن يُعلم بأن أولئك الذين يعملون فى نظام الخدمة الصحية الوطنية هم تحت طائلة المسؤولية القانونية فى حال عدم حفاظهم على سرية معلومات حالته المرضية .
- أن يكون للمريض الخيار فى التقرير عن رغبته فى المشاركة أو عدم المشاركة فى الأبحاث الطبية ، أو التدريب الطبى ، الذى يتم فى بعض المرافق الطبية .
- أن يعطى المريض معلومات مفصلة عن الخدمات الصحية المحلية ، بما فيها مقاييس الجودة المتبعة فيها ، والحد الأقصى لأوقات انتظار المرضى فيها .
- أن يكون للمريض الحق فى الحصول على إذن لإدخاله إلى المستشفى للعلاج عندما تستدعى حالته ذلك ، وذلك وفق تاريخ محدد ، لا يزيد على سنتين من اليوم الذى يضعه فيه طبيببه الاستشارى على قائمة الانتظار .
- أن يكون للمريض الحق فى حال وجود شكوى منه عن الخدمات التى يقدمها نظام الخدمة الصحية الوطنية - بغض النظر عن الجهات المقدمة للخدمة - وأن يتم إجراء تحقيق فى شكواه ، وأن يتلقى إجابة سريعة حولها ، بحيث تكون شاملة ومكتوبة من قبل المدير التنفيذى ، أو المدير العام للخدمة الصحية .

الشكل رقم (٦-١٩) ميثاق الأطفال (نوتجها١٩٩١)

- للأطفال وأبائهم الحق فى التعبير عن المسائل بطريقتهم الخاصة ، ولهم الحق كذلك فى المشاركة باتخاذ القرارات . ويقع على عاتقنا مسؤولية حفظ هذه الحقوق فى نطاق المحددات العملية فى هذا المستشفى .
- للأطفال حق الاستفادة العادلة من المعالجة . وكذلك من التسهيلات العلاجية المتاحة لهم بالمستشفى .
- للأطفال الحق فى تلقى رعاية معتبرة ومحترمة بحيث تحفظ لهم كرامتهم فى جميع الاوقات .
- للأطفال الحق فى أن يعالجوا فى بيئة تتسم بالسلامة .
- يجب أن تكون الاتصالات واضحة وبلغة سهلة : إذ إن فهم الأطفال وأبائهم من المسائل الهامة . ويجب تقديم العون لمن يعانون من مشاكل خاصة بالفهم .
- إن الآباء مدعوون دائماً للمشاركة فى توفير الرعاية لأبنائهم متى كان ذلك مناسباً . علينا مسؤولية توفير العون المناسب .
- للآباء الحق فى البقاء مع أطفالهم خلال فترة مكوثهم بالمستشفى : إذ إن تسهيلات السكن أو النوم ستؤمن لهم .
- للأطفال الحق فى الحصول على تعليم مناسب وتسهيلات لعب خلال فترة بقائهم بالمستشفى .
- للأطفال وأبائهم الحق فى معرفة اسم ومهنة كل شخص يقدم لهم خدمة ما .
- للأطفال وأبائهم الحق فى أن نتم استشارتهم حول الرعاية المقدمة أو المشاركة فى عمليات التعليم والبحوث التى تجرى بالمستشفى .
- للأطفال وأسراهم الحق فى توقع اتصالات فعالة وتنسيق أمور عنايتهم بين المستشفى وخدمات صحة المجتمع وأجهزة ومؤسسات الرعاية الأخرى ذات الصلة .

الشكل رقم (٦ - ٢٠) : التعامل مع الحالة النفسية

المسؤولية والمحاسبة	الاستمرارية	التخطيط الفردي	اتساع الوظائف	أحقية الحصول على الخدمة والمشاركة	الإحالة / التعريف
- هل يعرفون من هو المسؤول عن مساعدة هؤلاء الذين لا تنطبق عليهم معايير الأخقية ؟	- هل تمت الإحالة للجهاز الذي سيقوم بعمل التقديم وينسق تقديم الخدمة ؟	- هل تم تجميع معلومات كافية عند الإحالة بما يساعد في التخطيط السليم للتقديم ؟	- هل تلبي هذه الخدمة مدى مطلوباً من الوظائف ، وهل هذا الأمر يفتكك على نوع ومصدر الإحالات ؟	- هل لهذه الخدمة سمعة مناسبة ؟	- هل تتم ترقية وتعزيز الاتصال الفعال (مثلاً : من خلال استخدام معايير ، ومترجمين ، أو مركزي أستان مستشاراً) ؟
- هل مسؤولية تنسيق التقديم تم تخصيصها بصورة واضحة ؟	- هل يمكن للأخريين المشاركين أصلاً مثل العاملين ومقدمي الرعاية المشاركة في التقديم ؟	- هل تأخذ مسائل مثل موقع التقديم ، واختيار القويين ، ونوع التقديم في اعتبارها خواص الأفراد الحاليين ؟	- هل التخطيط يبنى حقيقة على تقديم الاحتياجات ونقاط القوة التي يقدمها مسبقاً لخدمة الخدمة والقائمين على رعايتهم	- هل تسمح عملية اتخاذ القرار لأراء المستفيدين من الخدمة ومقدمي الرعاية بأن ينظر فيها ؟	- هل تسمح عملية اتخاذ القرار لأراء المستفيدين من الخدمة ومقدمي الرعاية بأن ينظر فيها ؟
- ما هو مدى تأثير الجهاز المختص بالتخطيط الفردي على تقديم الخدمة الآخرين ؟ (مثل له أي دور في الشؤريات مثلاً ؟)	- هل التخطيط يتأسس على المساعدة الحالية دون زيادة في الأعباء ؟	- هل للعاملين فرصاً للتدخل على الميزانيات بما يزيد من مسرورة خدمة التخطيط الفردي ؟	- هل التخطيط يبنى حقيقة على تقديم الاحتياجات ونقاط القوة ؟	- هل الخدمات التي تقدم سبل الوصول إليها فعلياً ، وخاصة من الإعاقات ، وتسم باستعمالها للخدمات المتعلقة بالخدمة	- هل الخدمات التي تقدم سبل الوصول إليها فعلياً ، وخاصة من الإعاقات ، وتسم باستعمالها للخدمات المتعلقة بالخدمة
- هل خطط الحاسبية حول إخطافات الخدمة معدة بشكل واضح ؟	- هل يقوم شخص واحد بمراقبة التقدم باستمرار ؟	- هل يمكن تقديم الخدمة لفريق يكون دائماً موجوداً في أوقات الأزمات أو خلال المراحل الانتقالية ؟	- هل الخدمات التي تقدم تستجيب لكافة نطاق احتياجات المستخدمين ومقدمي الرعاية وهل قضي على نقاط القوة والأصول المساحة ؟	- هل تتم مشاركة المستفيدين من الخدمة ومقدميها في القرارات حول مدى جودة العمل المقدم في تلبية احتياجات المستفيدين والاستفادة من نقاط قوتهم ؟	- هل تتم مشاركة المستفيدين من الخدمة ومقدميها في القرارات حول مدى جودة العمل المقدم في تلبية احتياجات المستفيدين والاستفادة من نقاط قوتهم ؟

الشكل رقم (٦-٢١) المستويات المعيارية للعيادات الخارجية

المبادئ / القواعد	شعارات الجودة	الطرق الممكنة لجمع البيانات
<p>المستويات المعيارية لسهولة الحصول على الخدمة .</p> <p>١- يجب تزويد الممارس العام بمعلومات حول أوقات انتظار المرضى الخارجيين والمنومين لكل استشاري ، مع الإشارة إلى أي نوع من الخبرة الخاصة (والتي يمكن أن تشمل متى كان مناسباً الإلمام بلغات أخرى) .</p> <p>كما يجب تزويد الممارسين العامين ببروتوكول المعالجة الطبية الخاص بجميع التخصصات والذي يشمل أسماء جميع الاستشاريين في المجتمع المحلي ، كما يشمل أيضاً نصائح حول الاختبارات والفحوص التشخيصية المطلوبة عند الحاجة إلى عمل إحالة عاجلة إلى الاستشاري .</p> <p>تتم استشارة الممارسين العامين حول مستوى جودة تقديم المعلومات .</p>	<p>المعلومات المرسلة للممارسين العامين سيتم تحديثها وإرسالها لهم كل (....) شهر .</p>	<p>تحقق من تسلم الممارسين العامين للمعلومات .</p> <p>ناقش مع إدارة المجتمع المحلي</p>
<p>٢- يجب أن يتسلم كافة المرضى إشعاراً فورياً بأن إحالات ممارسين العامين قد تم تسلمها .</p>	<p>كل إحالات المرة الأولى غير العاجلة سيتم إشعار المرضى بها ، على أن يتضمن الإشعار موعد المقابلة ، وتوضيح وقت الانتظار المتوقع ، وأن يتم ذلك خلال (....) يوماً من استلام المستشفى للإحالة .</p>	<p>استخدام عينات منتظمة للفترات الزمنية بين تسلم خطابات الإحالة ويوم إرسال خطاب الإشعار</p>
<p>٣- يجب تحديد وقت الانتظار الأقصى المرغوب فيه من وقت تسلم الإحالة إلى يوم مقابلة المريض للاستشاري بالعيادة .</p>	<p>(.....) / من إحالات المرة الأولى غير العاجلة سيتم إعطاؤها تاريخاً محدداً للمقابلة ، مما يعني أنه سيتم رؤيتهم في العيادة خلال (....) أسبوع من تاريخ تسلم المستشفى للإحالة .</p>	<p>ما هي أوقات الانتظار الراهنة (انظر معلومات الممارس العام) للمواعيد الجديدة ؟</p> <p>استخدام عينات منتظمة للفترات بين تاريخ تسلم الإحالة وتاريخ المواعيد المحددة .</p>

ونحيل القارئ إلى الوصف السابق لعملية إعداد المستويات المعيارية كما وردت في دراسة كوش Koch ، ١٩٩١ ، وذلك للمزيد من التفاصيل حول كتابة المستويات المعيارية .

ومهما كان الأسلوب أو الطريقة أو العملية التي اتبعت في تخطيط وتحديد وتعيير الخدمة ، فإنه من المهم وجود تصميم نموذج للمراجعة : للتأكد من أن العملية تسير باتجاه تحقيق الأهداف المرغوبة المتصلة بالتوصيف الواضح أو الخدمة المقدمة . إن الغرض من هذه المراجعة للتصميم الخاص بوضع المستوى المعيارى أو المقياس ، هو إيجاد :

- تصميم للمستويات المعيارية للخدمة تلبي كل المعايير الواضحة للأداء التي تم تحديدها في :

١- العقود .

٢- المتطلبات النظامية .

٣- المتطلبات المهنية (المتفق عليها داخل الخدمة) .

- تصميم / مستوى معيارى للخدمة يمكن تقديمه بطريقة ترضى المريض والوحدة المقدمة للخدمة في أن معاً .

- البدائل الحيوية التي تمت دراستها والنظر فيها .

- تصميم / مستويات معيارية موثقة بصورة مناسبة .

ومن المواضيع التي يهتم بها المؤلف حالياً هو كيفية ترتيب وتنظيم عملية التصميم هذه ، بما تعنيه من وجود عدة مئات من المستويات المعيارية المكتوبة المعمول بها ، وذلك في نطاق نظام يعمل بمعاونة الحاسب الآلى ، وجعل كل عملية تصميم لهذه المستويات تحت السيطرة .

تصميم نظام إدارة الجودة :

للتأكد من تقديم خدمة رعاية صحية تتسم بقدر عالٍ من الاتساق : يجب على الوحدة المقدمة للخدمة الحرص على خاصية الاتساق بالتأكد من أن التصميم/ أو

المستويات المعيارية قادرة على التنبؤ بما ينتج من استخدام عملية واحدة بنفس المعدات ، ونفس الطريقة أو الإجراء وبنفس الشكل كل مرة . هذه العملية يجب أن ينص عليها ضمن العقد وهي الهدف من وجود نظام إدارة جودة الرعاية الصحية . إن استخدام نظام كامل التوثيق لإدارة الجودة (كما جاء في دراسة أوكلاند ١٩٨٩ : *Oakland*) سوف يضمن الإيفاء بمتطلباتين رئيسيين ، هما : متطلبات العملاء (المشتري والمريض) - الثقة بأن المستشفى وخدمات المجتمع يقدمان الخدمة بصورة متسقة .

- متطلبات الوحدة - وذلك عن طريق استخدام الموارد بصورة مثلى : لتحقيق أفضل الآثار والنتائج .

ولا شك أن تصميم نظام إدارة الجودة يقتضى إيجاد أو توفير دليل موضوعى من المعلومات المتاحة ، يؤيد ويؤكد وجود أنشطة تتصل بنظام إدارة الجودة .

هذا ، وتقع متطلبات نظام إدارة الجودة ، عادة ، فى عدة مجموعات عامة ، وهى مشابهة لتلك المجموعات الواردة بالتفصيل فى الوثيقة *ISO 9000/ BS 5750* ، والتي تتم دراستها من قبل بعض الوحدات المقدمة للخدمة والخدمات الخاصة : وذلك من أجل إجازتها والتصديق عليها ، وأنها تعمل تحت مظلة أنظمة إدارة الجودة المعتمدة . (انظر ماركونالد ١٩٩١ ، سلطة جرمسى *Grimsby* الصحية ، هوبكنسون *Hopkinson* ، ١٩٩١ ، خدمات الإسعاف لعام ١٩٩٢ ، ماكارلتى وهيكس *McCarthy and Hicks* ، ١٩٩١ ، والخدمات الفنية لغسيل الكلى) .

وهذه المجموعات هى :

١- سياسة الجودة : يجب أن يكون تنظيم إستراتيجية الوحدة للجودة ، إما بمفردها أو بصورة تكاملية مع خطة الوحدة للأعمال ، واضحاً ، ومفهوماً ، وغير مبهم ، وأن يتم تنفيذه على كافة نطاق الوحدة .

٢- التنظيم : يجب أن تكون العلاقات التنظيمية وخطوط المسؤولية بصفة عامة ، وتلك المتعلقة بإدارة الجودة

على وجه الخصوص ، واضحة ، وخالية من الإبهام والغموض .

٣- نظام الجودة :

ضرورة وجود دليل إرشادي يوضح السياسة العامة للجودة ، وإجراءات وممارسات الوحدة فيما يتعلق بتقديم رعاية صحية حسب مواصفات الجهات المستفيدة . وعلى الوحدة التأكد من الآتى :

- قدرتها على مقابلة هذه الإجراءات كما تم توصيفها .

- توافر المهارات المناسبة والمطلوبة للعاملين بها .

- أن الإجراءات يتم الالتزام بها فعلياً ، وألا تكون عبارة عن تأكيدات شفوية من العاملين والمشرفين والمديرين .

- أن القياس المستخدم دقيق ومحدد .

- أن عمليات تفتيش ومراقبة الجودة دقيقة ومحددة وموثقة .

- أن الغموض والإبهام فى الدليل الإرشادي فى حدودهما الدنيا .

- أن متطلبات العملاء من المشتريين والمرضى مفهومة ، ويتم إيجادها بصورة منتظمة .

٤- استعراض الرقابة :

يجب أن يوثق ويراجع كل عقد مبرم مع الجهات المستفيدة (المشتريين) - وبطريقة تختلف عن العقود الفردية المبرمة مع كل مريض - وذلك للتأكد من أن متطلبات العقد :

- واضحة ومدونة كتابة .

- تم الإيفاء بها .

ويجب أن تكون هناك مناقشات مع كل من المستخدمين من الخدمة (في اجتماعات إدارة التعاقد) والمرضى (في أوقات الاستشارة) للتأكد من الفهم الواضح لكفاءة ما يقدم من خدمات .

٥- مراقبة التصميم/ والمستويات المعيارية : يجب أن تتوافر إجراءات لمراقبة الجوانب ذات العلاقة بتقديم الخدمة : للتأكد من أنها ترجمت إلى مستويات معيارية ، وأن متطلبات العملاء قد تمت مقابلتها .

٦- مراقبة الوثائق والتدوين : يجب العمل على تحديث كل ما هو موثق وله علاقة بالجودة ، كما يجب مراجعتها وتنظيمها بصفة منتظمة ومراقبتها ، وذلك إما يدوياً وإما بمساعدة الحاسب الآلى . ويجب أن تشمل هذه العملية ما يلي :

أ - وجود دليل إرشادى للجودة .

ب - وجود مستوى معيارى محددة للإدارة .

ج - وجود أدلة إرشادية تنفيذية للقسم .

د - وجود إجراءات وسياسات .

هـ - وجود عقود المشترين من الخدمة .

٧ - تسويق / الشراء : يجب توافر أليات للتأكد من أن المنتجات والخدمات المشتراة ضرورية لتقديم الرعاية الصحية ، وأن الخدمة تتوافق مع المتطلبات الموضوعية والمتوقعة .

٨- التعريف والتتبع :

يجب أن تكون كافة العمليات التي يشملها تقديم الرعاية والخدمة الصحية واضحة وظاهرة ، ومفهومة ويمكن تتبعها . وإذا كان لعملية المراقبة أن تكون فاعلة ؛ فيجب - في حالة وقوع بعض المشاكل - أن تكون هناك قدرة على تعريف وتتبع وحل هذه المشاكل في مصادرها . وهذا الأمر ادعى ما يكون عند مراجعة المسارات السريرية .

٩- الرقابة على العمليات :

يجب أن تكون هناك إرشادات موثقة بالكامل متاحة لكل فرد من العاملين يطلب منه تنفيذ أعمال معقدة ، وينبغي أن يكون تدريبه الأساسي كافياً لإنجازها ، وإن كان إنجازها يتم بمهارات متباينة .

١٠- التفتيش والقياس والمراقبة : إن أى مستوى أو توصيف يحدد بالإشارة يجب أن تتبعه مراقبة مناسبة لأداء العاملين بما يضمن توافق الأداء مع المستوى المعيارى . وتتوافر عدة مستويات للمراقبة منها :

- المراقبة الذاتية من قبل الفرد لأدائه .
- مراقبة المشرف/المدير .
- مراجعة مديرى الجودة .
- المراجعة الخارجية ، وتشمل :
- مجموعة المريض .
- مجموعة المستفيد .
- المجموعة الوطنية .

١١- الخدمات غير المتوافقة :

ينبغي أن يكون هناك تحديد واضح لسبل التعامل مع مستويات الرعاية والخدمة التي لا تتوافق أحياناً مع المواصفات المرغوبة ، والمتفق عليها والمطلوب تنفيذها . (مثل استخدام نتائج إجراء الشكاوى ، والحاجة إلى إعادة إدخال المريض نتيجة خطأ ، والشكاوى ذات الصلة بالمعالجة الطبية) .

١٢- الإجراء التصحيحي :

الإجراءات الخاصة بتصحيح مسار عملية حادت عن المرسوم لها ، يجب أن تكون واضحة ، بما يؤدي إلى تحسين مستمر/ غير منتهى في الجودة . ويتم هذا غالباً عندما :

أ - يتم تحديد إخفاقات الجودة بواسطة العاملين .

ب - يكون هناك شكاوى من المرضى .

ج - يكون هناك شكاوى من العملاء/ المستفيدين من الخدمة (المشتريين) .

١٣- سجلات الجودة :

إن السجلات الصحية (وكذلك سجلات الخدمة غير السريرية) توفر الدليل المستمر على أن الرعاية والخدمات تقدم على الوجه المطلوب ، ويجب أن تكون العمليات المتصلة بجمع وتعبئة واسترجاع السجلات واضحة .

١٤- التدريب :

يجب أن تتوفر الإجراءات المناسبة لضمان مشاركة جميع العاملين في :

- تحديد الاحتياجات التدريبية .

- تحديد النشاطات التدريبية .

- الحكم على سجلات التدريب .

١٥- استخدام المعلومات المستمرة : يجب حفظ واستخدام المعلومات وطرق التحليل بصورة منتظمة لمراقبة الاتجاهات السائدة فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة .

١٦- مراجعات واستعراض نظام الجودة على الوحدة المقدمة للخدمة أن تجرى الترتيبات اللازمة للإجراء المراجعة الداخلية للجودة . إضافة إلى المراجعة الخارجية (عن طريق استخدام أجهزة خارجية) .

١٧- هيكل التوثيق والتدوين : من أجل تدوين وتوضيح أن الأنشطة التي تم تنفيذها في الأقسام الأخرى تعمل بصورة جيدة وحيوية من المهم توافر/ وجود دليل إرشادي للجودة لتوضيح الكيفية المتبعة في الوحدة من أجل تنفيذ سياسة الجودة المقررة . ويلاحظ أن عددًا قليلاً من الوحدات المقدمة للخدمة كان لها مثل هذا الدليل عند إعداد هذا الكتاب . وفي العديد من الوحدات يلاحظ أنه إلى جانب الرؤية غير الواضحة لإدارة الجودة الشاملة ، فهناك تردد فيما يتعلق بمسألة مساندة احترافية العاملين عن طريق عمل اختبار موثق بشأن نظام الجودة الشاملة سواء بصورة ظاهرة أو غير ذلك . والنقاط التالية قد تكون مفيدة عند إعداد الدليل الإرشادي :

- يجب أن يكون الدليل موجزًا (٢٠-٤٠) صفحة .
- أنه ليس هناك نسق موحد أو معيارى لإعداد الدليل .
- يجب أن تعكس أقسام الدليل المجموعات الموضحة أعلاه بالقدر الذى تكون فيه ملائمة لنوع الخدمة المقدمة .

أما قائمة المحتويات التي تحتاج الوحدات المقدمة للخدمة إليها لتبدأ النقاش حولها ، لتطوير دليل إرشادي للجودة خاص بها : فيمكن أن تشمل ما يلي :

١- سياسة إستراتيجية الجودة للوحدة وتتضمن إعلان المهمة أو رسالة الجودة .

٢- مسؤوليات الوحدة والجودة (الهيكل التنظيمي) .

٣- توصيف نظام الجودة .

٤- إدارة العقد ومراجعته .

٥- الرقابة على تصميم الخدمة / ووضع المستويات المعيارية شاملة للمؤشرات المرتبطة بكل منها .

٦- الرقابة على التوثيق والتدوين .

٧- الرقابة على المشتريات .

٨- تحديد القضايا أو المشكلات وتتبعها .

٩- الرقابة على العملية .

١٠- التفتيش ، والقياس ، والمراقبة .

١١- الرقابة وعدم التوافق .

١٢- الإجراء التصحيحي .

١٣- سجلات الجودة .

١٤- التدريب .

١٥- استخدام المعلومات .

١٦- التدقيق الداخلي للجودة .

الفصل السابع

القدرات المطلوبة لجودة الرعاية ومراقبتها

مقدمة :

فى هذا الكتاب ، كما كان الحال فى سابقه (إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية) ، فقد تمت الإشارة إلى أن جودة الرعاية الصحية ، والخدمات المقدمة ، هى مسؤولية كبار المديرين والاستشاريين والموظفين المنوط بهم تسيير العمليات التشغيلية فى المنشأة الصحية . ولكى تتمكن هذه الفئات من العاملين من القيام بمسؤولياتها على أكمل وجه : فإنه من المهم أن يتسلحوا بالمعلومات والمهارات التى يتطلبها قيامهم بما يلي :

- ١- معرفة المستويات المعيارية للرعاية والخدمة المتوقعة .
- ٢- المعرفة الواضحة بالعمليات السريرية وغير السريرية التى ينبغى القيام بها لتحقيق المستويات المعيارية المطلوبة .
- ٣- معرفة ما إذا كانت هذه العمليات كافية لمقابلة هذه المستويات المعيارية أو التوافق معها .
- ٤- معرفة ما إذا كانت هذه العمليات ستحدث فى الوقت المناسب فى أى موقع .
- ٥- القدرة على القيام بالإجراءات التصحيحية للعمليات السريرية وغير السريرية فى حال إخفاقها فى تحقيق المستويات المعيارية المطلوبة .

وقد أشرنا فى الفصل الخامس عند الحديث عن تخطيط الرعاية إلى استخدام نموذج تتبع حركة المريض - للبدء ، بصورة عامة ، فى توصيف العمليات السريرية المتعددة ذات الصلة بالمتابعة الشاملة للمريض . ورغم ذلك ، فإنه من الصعوبة بمكان ، فى ظل ما يحيط الخدمة من عمليات إنسانية وميكانيكية وفنية واجتماعية ، فى كل خطوة من خطوات تقديمها ، أن يتم تعريف عملية رعاية المريض بطريقة يمكن الاعتماد

عليها بصورة واضحة ومحددة . ولكن ، أيضاً ، من دون التعرف على هذه العمليات ، فإن تحقيق إدارة الجودة سيكون أمراً صعباً . وفي تعريف عمليات الرعاية الصحية ، هناك العديد من المدخلات التي يجب تحديدها ، مثل :

- الناس (المهارات - التدريب - المعرفة - الخبرة) .

- الطرق والإجراءات والإرشادات .

- المعلومات .

- المواد .

- الأجهزة والمعدات .

- السجلات والأعمال الكتابية .

وبالمقابل تماماً يجب تحديد المخرجات المتصلة بتعريف عمليات الرعاية الصحية مثل :

- المرضى الذين تم تقييم حالاتهم وعلاجهم .

- خلاصة (أو تقرير) الخروج الموجه للممارس العام .

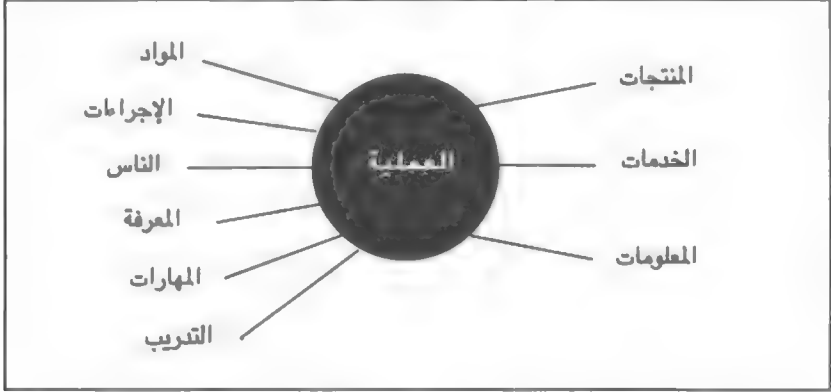
- الخطابات المطبوعة .

- وصفات العقاقير الكاملة .

- تسليم البضائع .

- كشوف الأجر .

الشكل رقم (٧-١) : عملية رعاية المريض



ويعتبر التصنيف والتوثيق الذي يعكس العملية الواضحة بين المدخلات والمخرجات العامل الرئيسي في منع حدوث فشل الرقابة على الجودة . ويتضمن توثيق العملية ، بصفة عامة ، العناصر التالية :

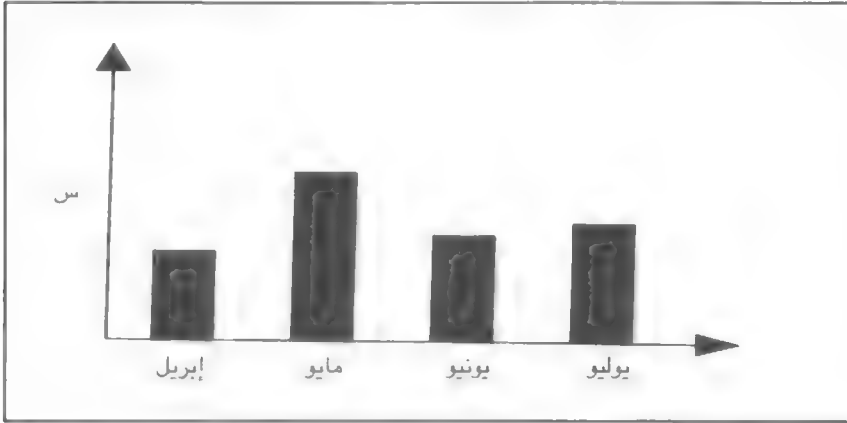
- جمع البيانات .
- وضوح الأفكار .
- تحليل المشكلات في العملية .
- الإجراءات المناسبة لتحسين العملية .

أما الهدف الرئيسي لمختلف أوجه الرقابة على جودة الرعاية الصحية فيتمثل في الابتعاد الكلي عن عوامل الفشل أو في الحد منها . بمعنى آخر ، اتباع نموذج العيب الصفري (Zero Defect Model) في الرعاية الصحية . ويرى أوكلاند في هذا المجال أن أي عملية تتصل بالرعاية الصحية يمكن مراقبتها والسيطرة عليها (انظر Oakland صفحة ١٨٠) من خلال قياس الأداء . وينبغي أن يكون هذا القياس مفتوحاً باستمرار لعمل التغذية المرتدة : ليتم الاستفادة منه في اتخاذ الإجراءات التصحيحية الممكنة والمناسبة .

إن مراقبة العملية (أو نشاطات تأدية الخدمة) أو المراقبة الإحصائية للعملية كما يطلق عليها في القطاع الصناعي ، تعد بمنزلة إستراتيجية للحد من التباين في الأداء ، وبالتالي يمكن الاستفادة منها لتحسين الجودة عن طريق توفير المزيد من الرعاية الصحية المتسمة بالوثوق والاتساق .

سؤال : ما هي العمليات أو المتغيرات في عملك التي تُراقب بانتظام ، ويتم قياسها وتوضيحها بيانياً ؟

إن المخطط المبسط ذا الأعمدة البيانية التالي قد يظهر في الخدمة التي تقوم بها .
ما هو المتغير الذي يسعى المخطط لقياسه ؟



المراقبة النظامية للنشاط :

إن أهمية المعلومات قد تم التأكيد عليها في دوائر " الخدمة الصحية الوطنية " منذ أن تم في البداية العمل بنظام الإدارة العامة ، ومن بعدها إدارة الموارد (وتقنية المعلومات) . ورغم هذا التأكيد ظل صعباً إيجاد البيانات والمعلومات كأساس للعمل ومراقبة العمليات (في خدمات الرعاية الصحية) . لقد اتضح أن العديد من الطرق البسيطة التي أثبتت فائدتها في قياس العمليات في أي منظمة يمكن تطبيقها على عمليات الرعاية الصحية . وهذه الطرق هي :

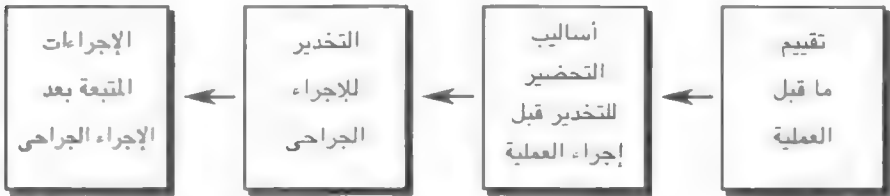
- التوضيح البياني لعملية الرعاية الصحية (مثل خرائط انسياب خطوات إجراءات العمل) - توصيف ما يتم عمله .
- أوراق (أو قوائم) الفحص / عينات النشاط (للتأكد من حسن أداء العمل في ضوء المستويات المعيارية الموضوعية) - توصيف ما يتم عمله .
- توضيح الأداء من خلال الرسوم والأعمدة البيانية - ما هي التغيرات التي تحدث خلال المدى الزمني للعملية أو بين عمليات مشابهة ؟
- تحليل باريتو Pareto - ما هي المشكلات التي تفسر أكبر درجات التباين في موقف معين ؟
- تحليل العوامل المسببة وأثارها / عظمة السمكة Fish Bone - ما هي الأسباب المحتملة للمشكلة ؟

فيما يلي عرض موجز لهذه الطرق :

١- مخططات عملية الرعاية الصحية :

تم استعراض هذه المخططات في الفصل الخامس ، وهي تساعد في تطوير فهم أكثر وضوحاً لخطوات عملية محددة (أو خاصة) . على سبيل المثال :

عملية التخدير - التي تتضمن سلسلة مترابطة من الخطوات تشمل ما يلي :



وتبين الأشكال من (٧-٢) إلى (٧-٤) أمثلة إضافية لمخططات العمليات (الإجراءات) في الرعاية الصحية . وبغياض مثل هذا الفهم الواضح لخطوات هذه العمليات ، فإن تحليل مسألة الجودة وما يرتبط بها من مشكلات سوف يكون غير مكتمل : مما يؤدي إلى تباين في نتائج الاستقصاءات المختلفة ، وبالتالي عدم إمكانية الوثوق بنتائجها .

الشكل رقم (٧ - ٢) : دراسة حالة إدارة المسار الحرج : تغيير رئيسى لفصل الورك

Case Management Critical Path: Primary Total Hip Arthroplasty

اليوم الخامس (بعد العملية)	اليوم الرابع (بعد العملية)	اليوم الثالث (بعد العملية)	اليوم الثاني (بعد العملية)	اليوم الأول (بعد العملية)	اليوم الأول (الجراحة)	سـا ----->
الاعتبارات والخبروص الخبرية						
المسالك اليومية : بأنام						
معدل تركب كرات الدم وسعة حبيب الدم والهيموكرات Sed Rate Hgb, HCT						
سنداً : اخضع المريض للعلاج الطبيعى ليكن قرب سرير المرضى						
الطبيب على كرسى و/أو يقل من على السرير ممن يوجيا						
(HID)						
النشاط						
الأدوية (العلاج)						
PCA أو إيتا، معدر من الغسل						
صورة غيرة						
Counudin كرامين						
طبيب المساعدة على التبول						
إعطاء مشروبات جوية في الوريد						
تأكد من إعطاء تبييد لوريدى الفلورايد						

تابع الشكل رقم (٧ - ٢) : دراسة لحالة إدارة المسار الحرج : تغيير رئيسى لفصل الورك
Case Management Critical Path: Primary Total Hip Arthroplasty

أبدا	اليوم الأول (الجرعة)	اليوم الأول (بعد العملية)	اليوم الثانى (بعد العملية)	اليوم الثالث (بعد العملية)	اليوم الرابع (بعد العملية)	اليوم الخامس (بعد العملية)	اليوم السادس (بعد العملية)
العلاجيات	علاجه هو ذلك "Hemovac"..... TEDS (remove BID) شجع المريض على السعال والتنفيس السيق q ٢٤ ، 24 QID ٢ w/A مساعدة لإزالة الورك من على الجسم مساحات عالية فقط خلال اليوم مرونة عضلية الشكل..... VS Routone paws q4 VS QID if stable						
الرجعة الغذائية	سوائل صلبة ← سوائل كاملة ← رجبة عالية..... أو أعطاه وجه عادية إذ كان قادرا على تحملها						
خطط التشخيص والرعاية	لنقوم الاختصاصى الاجتماعى لمشاهدة المريض	أما الحالة الصحية الوطنية إنما كان الوضع مناسباً أو أخطر الصحة المزمنة	علاج تغذوي وتطبي لتقويم النشاطات اليومية		شجع العائلة على حضور جلسات المريض		
توجيه المريض وتعليمه التدابير المرسومة له	مدير اختصاصى العلاج-استبقى للمريض التدبيرات الواجب اتباعها التأكد على أهمية استخدام المشاية عدم ارتداء معصّل الورك عن الجسم أو ثوبه داخلها استخدام المشاة الخفيفى وموعدا متابعة حالة ذبذبة أربعة أسابيع وأعطاهه ميوهات عند اللزوم .	تجنبين المرض باستمرار على إدر -الممرات وتأكدي أمنيتها من قبل الطاقم الانفعال الحزوى / البكاء على الالتزام بأوامر مقدمو الرعاية مدرج إرشادات التمتع وتعليم ، وأعطاه المريض نموذجاً لإرشادات					

The flowchart titled "تتابع إجراء المختبر" (Experimental Procedure Sequence) outlines the steps for determining the water content of a soil sample. It begins with a box labeled "عين مختبرية" (Laboratory Sample) and "قياس محتوى الماء" (Water Content Measurement). A decision diamond asks "هل العينة رطبة؟" (Is the sample wet?). If "نعم" (Yes), it proceeds to "قياس محتوى الماء" (Water Content Measurement). If "لا" (No), it proceeds to another decision diamond: "هل العينة جافة؟" (Is the sample dry?). If "نعم" (Yes), it proceeds to "قياس محتوى الماء" (Water Content Measurement). If "لا" (No), it proceeds to a third decision diamond: "هل العينة جافة جداً؟" (Is the sample very dry?). If "نعم" (Yes), it proceeds to "قياس محتوى الماء" (Water Content Measurement). If "لا" (No), it proceeds to a final box labeled "إجراء الاختبار" (Perform the test). The "إجراء الاختبار" box is a large rectangle containing a detailed sequence of steps: "1- تحضير العينات" (1- Prepare the samples), "2- قياس الوزن الجاف" (2- Measure the dry weight), "3- قياس الوزن الرطب" (3- Measure the wet weight), "4- حساب محتوى الماء" (4- Calculate the water content), "5- حساب نسبة الماء" (5- Calculate the water ratio), "6- حساب نسبة الجفاف" (6- Calculate the dryness ratio), "7- حساب نسبة التماسك" (7- Calculate the cohesion ratio), "8- حساب نسبة التماسك" (8- Calculate the cohesion ratio), "9- حساب نسبة التماسك" (9- Calculate the cohesion ratio), "10- حساب نسبة التماسك" (10- Calculate the cohesion ratio), "11- حساب نسبة التماسك" (11- Calculate the cohesion ratio), "12- حساب نسبة التماسك" (12- Calculate the cohesion ratio), "13- حساب نسبة التماسك" (13- Calculate the cohesion ratio), "14- حساب نسبة التماسك" (14- Calculate the cohesion ratio), "15- حساب نسبة التماسك" (15- Calculate the cohesion ratio), "16- حساب نسبة التماسك" (16- Calculate the cohesion ratio), "17- حساب نسبة التماسك" (17- Calculate the cohesion ratio), "18- حساب نسبة التماسك" (18- Calculate the cohesion ratio), "19- حساب نسبة التماسك" (19- Calculate the cohesion ratio), "20- حساب نسبة التماسك" (20- Calculate the cohesion ratio).

[illegible]

٢- نماذج المراجعة / عينات النشاط :

لمنع حدوث الالتباس أو الغموض الحتمى الذى قد يبدو عند البدء فى إيجاد حلول للمشاكل : فإن نماذج المراجعة تعتبر أداة مفيدة لسرعة وسهولة الحصول على بيانات تتيح المزيد من الفحص والتقصى . وتشتمل الخطوات المبسطة لتوفير عينات من النشاط على ما يلى :



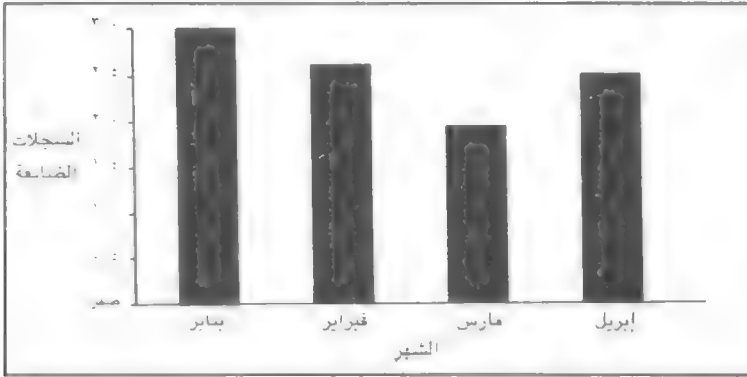
وتعتبر هذه الطريقة أسلوباً بسيطاً ليس فقط لجهة الحصول على معلومات لبناء قاعدة يتمحور حولها حل وتحليل المشاكل ، ولكن أيضاً تتضمن إشراك العاملين فى العمليات التشغيلية فى تحديد المدى الذى يمكن أن تبلغه أى مشكلة .

٢- المدرجات التاريخية (الرسوم البيانية) :

على الرغم من أن البيانات قد تعطى مؤشراً على مدى حجم المشكلة ، أو مدى محاولة الحصول على مراقبة ناجحة للجودة ، إلا أن الخطوة التالية الأساسية تتمثل فى الحصول على نفس النوع من البيانات من فترة لآخرى : وذلك لمعرفة نوع التغيير الذى يحدث خلال فترة زمنية معينة .

وتوضح الرسومات البيانية التاريخية بجلاء مدى تكرارية حدوث مشكلة ما ، كما أنها مفيدة فى توصيل مدى حجم المشكلة للعاملين ذوى العلاقة . إن ضياع السجلات الصحية عند إدخال المريض المستشفى هو أحد الأمثلة الواضحة على هذا النوع من المشكلات كما يتضح من الشكل (٧-٥) .

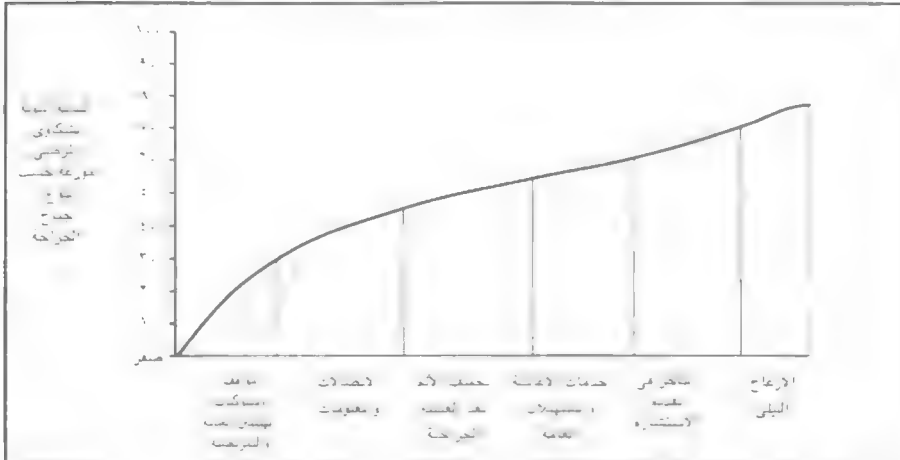
الشكل رقم (٧-٥) : مثال على الأعمدة البيانية



٤- تحليل باريتو Pareto Analysis :

عند تحليل مشكلة معقدة تشتمل على العديد من الأسباب المرتبطة بها ، فقد يكون مفيداً في هذه الحالة تحديد مدى التباين الذي يمكن ربطه بكل سبب من هذه الأسباب . مثل هذا التحليل - أى تحليل باريتو - يمكنه تحديد الأسباب الرئيسية للمشكلة ، ويمنع التركيز الزائد على إحدى المشكلات لدرجة قد تستبعد مشاكل أخرى بسبب الانحياز الذاتي الزائد .

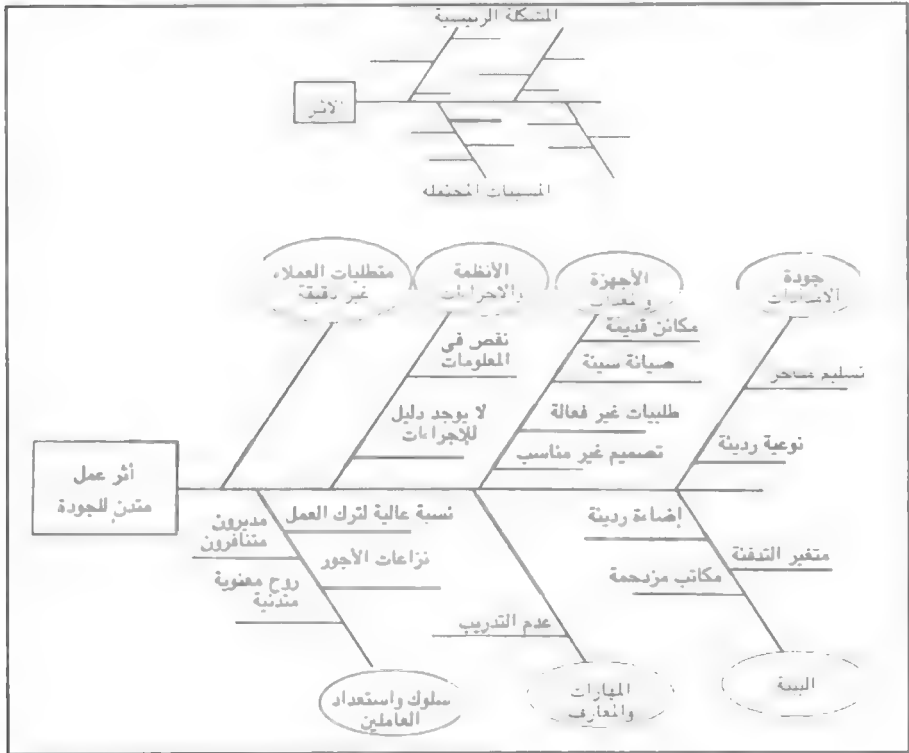
الشكل رقم (٧-٦) : تحليل باريتو



هـ- العلاقة بين السبب والنتيجة / تحليل عظمة السمكة :

يتم حالياً استخدام شكل إيشيكافو Ishikawa بصورة واسعة للتقصي عن الأسباب المتعددة التي تؤدي مجتمعة لإنتاج أثر محدد (حسناً كان أم سيئاً) . إن استخدام النقاش الجماعي وأسلوب عصف الأفكار يسهل الوصول إلى الأفكار الخلاقة والمبدعة باستخدام النموذج في الشكل رقم (٧-١) والمسمى بنموذج تحليل عظمة السمكة

الشكل رقم (٧-٧) تحليل نموذج عظمة السمكة Fishbone Analysis



إن هذه المخططات الخمسة السالف ذكرها ، لتحليل قضايا الجودة والمشكلات المرتبطة بها ، يمكن جمعها على هيئة حزمة لاستخدامها بصورة عقلانية في مواجهة المشكلات التشغيلية للرعاية الصحية .

ونورد فيما يلي لحالتين عمليتين على إمكانية الاستفادة من المخططات السابقة في تحليل قضايا الجودة والمشكلات المرتبطة بها :

الحالة الأولى : تتعلق بأسلوب تحليل النشاط / المشكلة الذي تم استخدامه في وحدة مرتون Merton و ستون Sutton للحالات الحادة . ويوضح الشكلان رقم (٨-٧) ورقم (٩-٧) على التوالي الاستبانة ومخطط تحليل نشاط الوحدة المستخدمين .

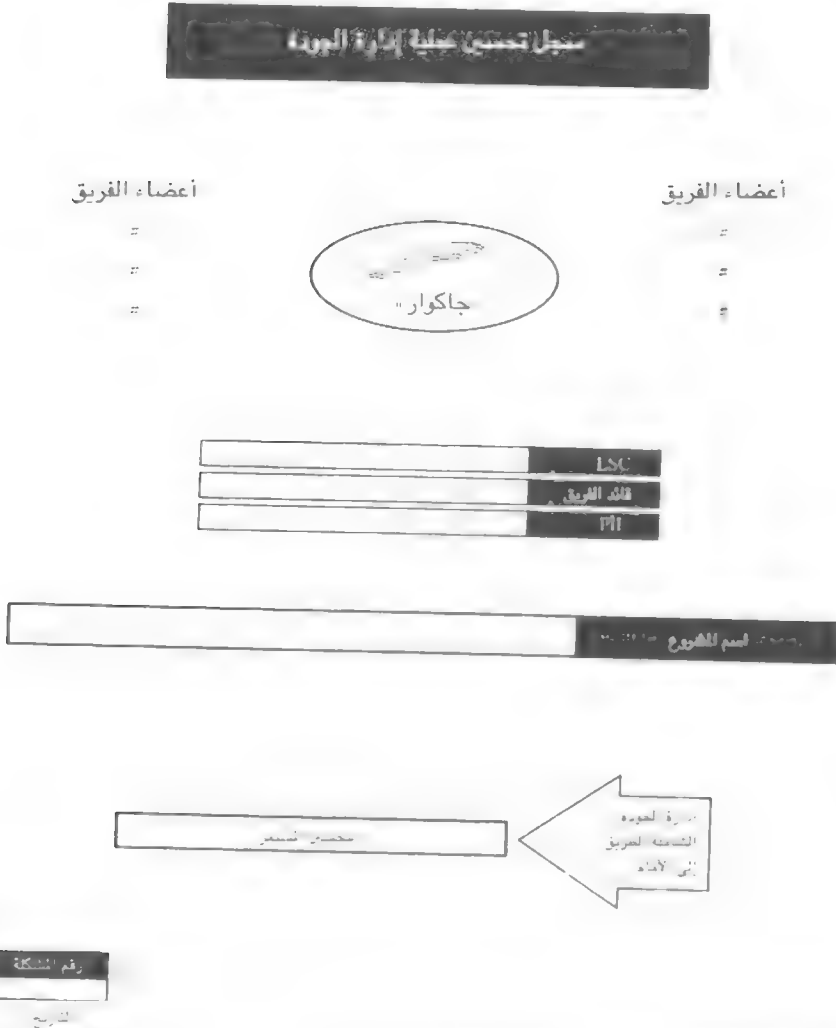
الشكل رقم (٨-٧) نموذج وحدة خدمات الحالات الحادة

وحدة خدمات الحالات الحادة

نموذج مراجعة الطلبات																	
الإدارة / القسم																	
الموقع																	
النشاط																	
<input type="checkbox"/> عملية <input type="checkbox"/> مخرج <input type="checkbox"/> مدخل	ضع علامة على نوع الطلب																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>الطلبات الجيدة</th> <th>الطلبات العالية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	الطلبات الجيدة	الطلبات العالية															أسباب الطلب في الطلبات
الطلبات الجيدة	الطلبات العالية																
الموافق عليه (المعتمد)	المطابق																
التاريخ	التاريخ																

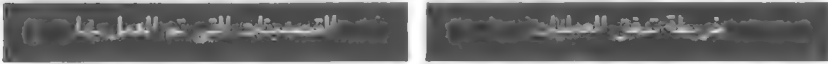
الحالة الثانية : نموذج آخر يوضحه الشكل (٧-١٠) ، وهو مأخوذ من منظمة لا تعمل في مجال الرعاية الصحية وهي شركة جاكوار .

الشكل رقم (٧-١٠) : وحدة إدارة الجودة بالشركة



(تابع) الشكل رقم (٧-١٠) : وحدة إدارة الجودة بالشركة

العملية المحسنة



التاريخ

(تابع) الشكل رقم (٧-١٠) : وحدة إدارة الجودة بالشركة



التباين في عملية الرعاية الصحية :

أمثلة :

- اثنان من جراحى العظام يقومون بإجراء عمليات نمطية روتينية لاستبدال ورك لأشخاص بالغين أصحاء : أحدهما تستغرق معه العملية ٢٧ دقيقة ، فى حين تستغرق مع الثانى ساعتين و ثلاثين دقيقة ، مع تحقيق نفس النتيجة .
- مستشفيان لهما نفس الهيكل الإدارى : أحدهما يعانى من صعوبة كبيرة فى اتخاذ قرارات على مستوى المنشأة حول المواضيع الهامة المتصلة بتوزيع الموارد وتحسين الجودة . أما الثانى فلهذه القدرة - فى الكثير من الحالات - على حل مشاكل إدارية معقدة عن طريق مشاركة كبار العاملين وإحساسهم بأن المشكلة تهمهم ، وأنهم يملكون القرار بون النظر إلى نتائجه .

والسؤال : كيف يتم التعامل مع هذا التباين كما أوضحناه فى المثالين أعلاه ؟

إن وجود إجراءات لمراقبة عملية ما ينبنى أساساً على وجود مثل المفارقات التى أشرنا إليها ، وهذا التباين موجود فى خدمات مستشفى المجتمع ، وبين الناس ، وفى ممارساتهم ، وفى المواد والمستهلكات المستخدمة ، وفى الخدمات المقدمة . ونظراً لأن الرعاية الصحية تعتمد بصورة كبيرة على الناس والعمليات الاجتماعية : فإن التباين فيها يكون أكبر من الخدمات الأخرى كما فى الصناعة مثلاً : حيث إن الآلات والأنوات إسهاماً أكبر فى النتائج . وفى أغلب مستشفيات الحالات الحادة ، فإن مراقبة العملية والاتساق (نقيض التباين) يكون فى خدمات مثل : الأشعة ، والمختبرات ، والتخدير ، والفيزياء الطبية . وبعض خدمات العقارات أكثر من مثيلاتها فى الخدمات السريرية وغير السريرية الأخرى ، والتى تعتمد بدرجة أقل على الأجهزة العلمية ، وتعيرها ، وعلى التفتيش والصيانة المستمرة لها .

وإذا كانت درجة التباين كبيرة ، فسيكون من الصعب التوقع بشأن ما إذا كانت الخدمة تقدم بصورة مقبولة أو مرضية .

ورغم ذلك فمن المهم العمل على التحكم في درجة التباين المرتبط بمسببات محددة ، وليس التباين العشوائي ، إذ إنه إذا كانت العملية تتباين في طريقة أدائها بسبب التباين العشوائي ، فقد يكون من غير الممكن التقليل من ميل هذا التباين .

إن تطبيق نظم إدارة الجودة والحفاظ عليها لها أثر كبير على تقليص درجة التباين في العمليات . وبالتالي تحقيق هدف التحسين المستمر للجودة . والسؤال الذي يطرح نفسه على هذا الصعيد هو : كيف يمكن لمؤسستك/منشأتك تحقيق ما بلى .

١- تعريف وتحديد الإجراءات لكافة الجوانب المتصلة بالخدمات السريرية وغير السريرية .

٢- التأكد من توافق أداء كل العاملين مع هذه الإجراءات .

فإذا استطاعت إدارة وحدة تقديم الخدمات تبني هذا الاتجاه ، فإن التباين في جودة الخدمة التي تقدمها يمكن تقليصه إلى أكبر حد ممكن .

المراقبة والتقرير :

كنتيجة لأعمال التفتيش ، تتطلب بيانات الأداء الفعلي مقارنة بالمستويات المعيارية الضاهرة أن يتم توضيحها ومضاهاتها ضمن إطار مفيد وواضح ، سواء كان ذلك للاستخدام الداخلي على مستوى الجناح ، أو الإدارة ، أو الوحدة ، أو لأغراض خارجية تتصل بإدارة العقود . هذا ، وقد تم تطوير نموذج مبسط ، كالذي يوضحه الشكل رقم (٧-١١) ، لمثل هذا الغرض . وكما يتبين منه فإنه يسمح بأخذ عدد كبير من متغيرات الجودة في الاعتبار (وبصفة خاصة في إدارة العقود) ، كما يتيح تفتيش أو تفحص الجوانب الرئيسية الثلاثة للبيانات الموضحة الآتية :

- جوانب الإنجاز (أى غالبيتها) .

- جوانب القصور فى الإنجاز (الأسباب / التمويل / متطلبات التدريب أو التحسين) .

- جوانب تجاوز الإنجاز (أى إنجاز يفوق المتوقع) .

وكجزء من مشروع الهيئة الملكية الوطنى للمستويات المعيارية للرعاية الصحية (١٩٩١) ، يوضح الشكلان (٧-١٢ و ٧-١٣) جزأين من حزمة نشاطات المراجعة التى تغطى كلاً من سجل المراجعة ، وملخص المراجعة . ويسهم هذان الجزآن فى التمكين من مضاهاة كمية كبيرة من المعلومات إلى جانب الاعتبارات العملية للداء ، وذلك كنتيجة لعمليات التفتيش .

إن موضوع التباين فيما بين الخدمات السريرية - وهو دائماً من الموضوعات ذات الحساسية العالية - قد تم بحثه فى مشروع Trent للمستويات المعيارية للعيادات الخارجية . ويوضح الشكل (٧-١٤) نتائج مراقبة كافة عيادات الجراحة التى جرت فى مستشفى واحد خلال فترة الدراسة الاستطلاعية لهذا المشروع . وتوضح هذه النتائج بجلاء التباين بين الاستشاريين ، وهو أمر يتطلب المزيد من النقاش بين الاستشاريين أنفسهم كخطوة أولى نحو إجلاء مثل هذا التباين .

الشكل رقم (٧ - ١١) الأداء الفعلي مقارنةً بالمستويات المعيارية الظاهرية

الشكل التالي يوضح سجلاً لمدة ستة أشهر (الفترة من إبريل - أكتوبر) لمستويات الجودة المتفق عليها

تطور الأهداف المتوقعة	تحقق	لم يتحقق	هدف
تحقق	تحقق	لم يتحقق	هدف

١- أقل من خمس سنوات :

--	--	--	--	--

١:١ كل طفل سيجرى له اختبار

السمع عند بلوغه للشهر الثامن .

١:٢ كل طفل سيجرى له اختبارات تطور النمو عند عمر

--	--	--	--	--

أ. ٨ أشهر

--	--	--	--	--

ب. ٣ سنوات

--	--	--	--	--

ج. ٤.٥ سنة

١:٣ سيتم تطعيم وإكساب المناعة لكل طفل تبعاً لما يلي

--	--	--	--	--

أ. الخناق (الديفتريا) ، والكزاز ، وشلل الأطفال في
عمر ١٨ شهراً (بحيث يصل هدف التغطية إلى
٩٥٪) .

--	--	--	--	--

ب. التطعيم ضد السعال الديكي (بحيث يصل هدف
التغطية إلى ٩٠٪) .

--	--	--	--	--

ج. إعطاء جرعة تنشيطية ضد الكزاز والشلل في عمر
٥ سنوات .

--	--	--	--	--

د. إعطاء اللقاح الثلاثي الفيروسي الحصبة .
والحصبة الألمانية ، والنكاف بحيث يصل هدف
التغطية إلى (٩٠٪) .

الشكل رقم (٧ - ١٣) : ملخص المراجعة

هدف المراجعة معرفة إذا كانت بيئة المستشفى وأنشطة التمريض تساعدان المريض/واختصاصي الرعاية على التفهم والإحساس بالثقة . بشأن رعاية جروحهم بعد عملية ما في فترة الـ (٢٤) ساعة السابقة لخروجهم من المستشفى .

النطاق الزمني ١/٤/١٩٩١م - ١/٥/١٩٩٢م

العينة زوج مختلف من مريض / اختصاصي رعاية لكل ٤ أسابيع . ملاحظة واحدة كل أسبوع حول بيئة النجاح .

المراجعون : ممرضة مدربة على العناية بالجرح بعد العملية .

التاريخ :

النشاط	الاكتشافات	النتائج
تعليم المريض وإجراء تحضيرات خروجه من المستشفى	(٧٠٪) من المرضى يمكنهم شرح الرعاية وما قد يكون فيها من تعقيدات . أحد المرضى المسنين لم يكن قادراً على التذكر .	اكتشف ماذا يحدث للمرضى المضطربين / المسنين الذين ليس لديهم جليسا . للعناية بهم . إن يبدو أنهم لم يفهموا الممرضة بصورة سليمة .
تسجيل نشاط الرعاية	قاعة / غرفة التعليم لم تكن متوافرة كل الوقت (٧٠٪) من المرضى لهم مواعيد في العيادات الخارجية .. خطط الرعاية غير جاهزة مباشرة (٣٠٪ من العينة) . (٥٠٪) من خطط الرعاية غير جاهزة مباشرة (٣٠٪ من العينة) .	قد تكون هناك حالة للتفاوض بشأن استخدام القاعة / الغرفة . قد تكون هناك مشكلة في توزيع البطاقات . قد تحدث مشكلة عندما يبدأ الممرضات في الوريديت . أين خطط الرعاية ؟
توافر العاملين	أوضحت دلائل (٥٠٪) من خطط الرعاية ، أن الممرضة تأكدت من استيعاب المرضى لبرنامج التعليم . ماذا عن (٥٠٪) الآخرين ؟ لم تتوافر ممرضة مدربة على رعاية الجروح المغطاة في وريدي الليل . (٣٥٪) من الوقت لم يكن هناك عاملون يهتمون بما بعد الرعاية حيث كانوا في إجازة .	هناك حاجة للتأكد من أن المرضى يستمعون ويفهمون برنامج التعليم . راجع البرنامج وطرق التعليم . هناك حاجة لفعل شيء بشأن البديل الليلي . بديل لأصحاب الإجازات .

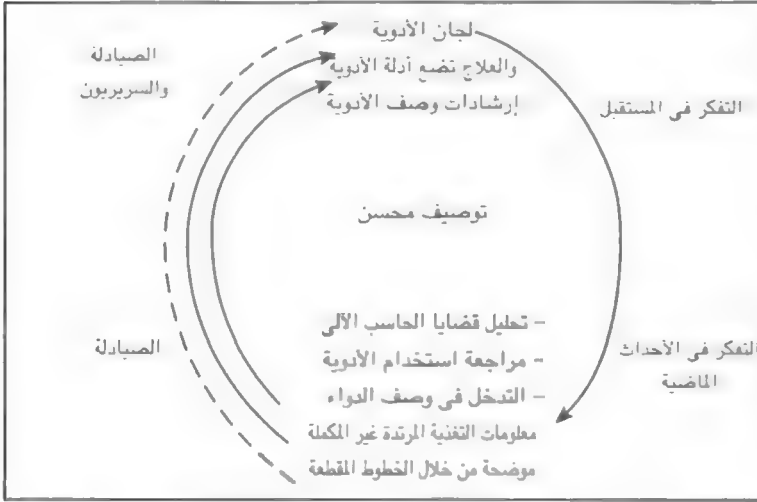
الشكل رقم (٧ - ١٤) : نتائج مراقبة عيادات الجراحة التي كانت تعمل خلال فترة إجراء المسح الاستطلاعي

المستويات المعيارية (أو المقاييس)				الاستشارى	
د	ج	ب	أ		
٤	الإشعار تم إرساله فى فترة متوسطة	٩ أيام	يومان	لا يضيق	لا ينطبق
٥	وقت الانتظار للمواعيد غير العاجلة	٣ أسابيع	١٤ أسبوعاً	٤ أسابيع	١١ أسبوعاً
٦	إخطار المرضى بالمواعيد غير العاجلة ^(١)	٣ أسابيع	٢٤ أسبوعاً	٤ أسابيع	١١ أسبوعاً
٨	نسبة من لم يحضروا للعيادة من المرضى	٥	٧٠,٥	٧٨	٥٠,٤
٩	نسبة تغيير المواعيد من قبل المستشفى	١٠	٢٠,٤	١٠	١٦
١٣	متوسط التأخير فى بدء العيادة	٢٢ دقيقة	١٠ دقائق	١٥ دقيقة	٩ دقائق
١٤	نسبة نتائج الفحوص غير المتاحة	٢٢,٨	٠	٠	٠
١٥	نسبة عدم توفر السجل الطبى فى البداية خلال فترة العيادة	٢	٢	٠	٢
١٧	متوسط وقت التأخير فى الانتهاء من العيادة	٢٤ دقيقة	٣٥ دقيقة	٥ دقائق	٣٥ دقيقة
١٨	نسبة المرضى الذى تمت رؤيتهم من قبل الاستشارى	٢٨ ^(٢)	٤١	١٠٠	٥٠
٢٢	خطابات العيادة تمت طباعتها فى فترة متوسطة	٦ أيام	٥ أيام	٣ أيام	٤ أيام
ملاحظات :					
(١) إن حجم الإخطار المعطى يعكس متوسط فترة الانتظار للمواعيد غير العاجلة حيث إن وقت الانتظار يحسب ابتداءً من وقت إرسال الإشعار حتى تاريخ المقابلة .					
(٢) الاستشارى (أ) كان غائباً فى إحدى العيادات .					

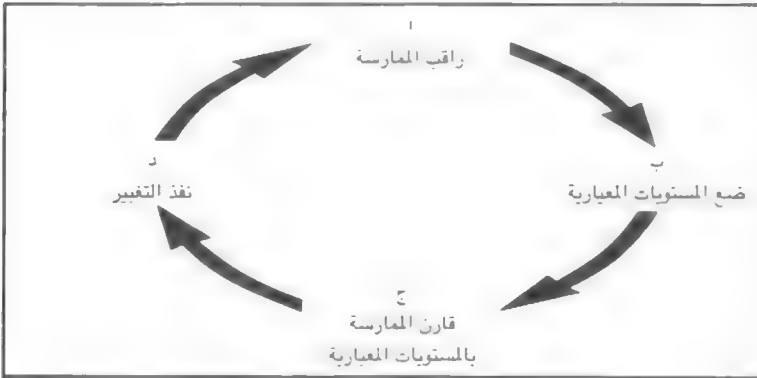
وتجدر الإشارة إلى أن الكثير قد كتب حول أهمية المراجعة السريرية ، والمراجعة السريرية المتكاملة ، وفريق العمل ذى التخصصات المتعددة . وقد قطع التمويل المركزى شوطاً بعيداً فى عامى ١٩٩١/٩٠ و ١٩٩٢/٩١ للحصول على معاونة الجهات الطبية والتمريضية وشبه الطبية لتطوير نماذج خاصة بتفتيش ومراقبة الرعاية .

وثمة مسعى جديد قد تم بحثه لمعرفة كيف يمكن للصيادلة - وهى خدمة سريرية متخصصة - أن يساهموا مع الأطباء فى تحسين توصيف العلاج . ويتلخص هذا المسعى فى كل من الشكل (٧-١٥) والشكل (٧-١٦) (انظر : إكلس Eccles ١٩٩٢، وحبّة الدواء الأفضل ، ١٦ إبريل ١٩٩٢ .

الشكل رقم (٧-١٥) : دورة الصيدلي لتحسين إعطاء الوصفات



الشكل رقم (٧-١٦) : أين يمكن للصيدلي أن يسهم في دورة المراجعة



هذا ، ويشير الشكلان (٧-١٧) و (٧-١٨) إلى مراجعة خطة (تخطيط) الرعاية المشتركة للمرضى الذين يتم استئصال مرارتهم ، والتي تم التعرض لها في الفصل الخامس . وتعتبر هذه الخطة مثلاً على المراجعة من قبل الفريق ذي التخصصات المتعددة (انظر أيضاً الشكل ٧-١٩) : حيث ترى أن غالبية هذه العمليات مضمنة في برنامج المراجعة السريرية .

الشكل رقم (٧-١٧) : مراجعة خطة الرعاية المشتركة لاستئصال مرارة المرضى

وحدة رعاية المجتمع «بكونفنتري» Coventry

النسبة %	لماذا	لا	نعم	
				١- هل تمت رؤية المرضى جميعاً البالغ عمرهم أكثر من ٦٥ عاماً في عيادة ما قبل الإدخال ؟
				٢- هل توثيق كافة بيانات المريض مكتمل حسب ما حددته سياسة خدمات تمريض المجتمع ؟
				٣- هل تلقى المريض الإرشادات ذات الصلة بالعملية كما في خطة الرعاية التمريضية ؟
				٤- هل تمت معالجة ومقابلة حاجة المريض للتخفيف من الألم ؟
				٥- عند خروجه ، هل اتبع المريض خطة الرعاية المشتركة وتمت إزالة غرز الجراحة في اليوم العاشر كما هو محدد ؟
				٦- هل وصل المريض إلى درجة النقاهة المتوقعة بالمستوى الذي يمكنه من الخروج بعد اليوم العاشر كما تحدد خدمة تمريض المنطقة ؟
				٧- عند خروجه ، هل فهم المريض فترة النقاهة وما قد يحدث من تعقيدات وما يمكن أن يقوم به في حالة حدوثها ؟
				٨- عند خروجه ، هل يحس المريض بالثقة في أن احتياجاته الجسدية والنفسية قد تمت مقابلتها متى كان ذلك ممكناً ؟

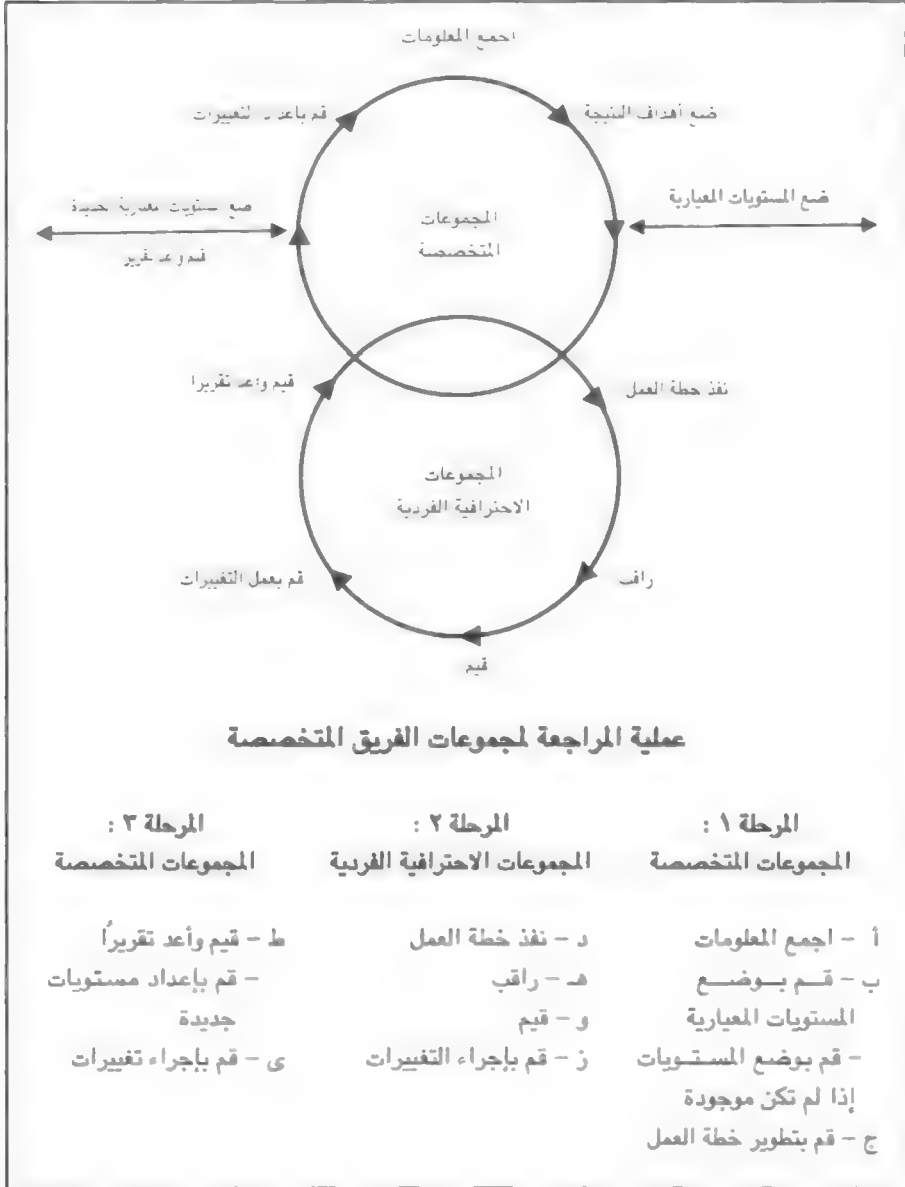
الشكل رقم (٧ - ١٨) : خطة الرعاية المشتركة : تقرير مراجعة

خطة الرعاية المشتركة (التضامنية) لوحدة الحالات العادة لاستئصال المرارة ، تقرير مراجعة .
 الاسم
 تاريخ دخول المستشفى / /
 تاريخ الخروج من المستشفى / /
 رقم التسجيل
 جهة الرعاية الأولية بالمنزل
 الجنس ذكر / أنثى
 الاستشاري

نتائج الأهداف

تطبيق	لم تتحقق	تحققت	الجانب الطبي
			١- سيتم إدخال المريض المستشفى في التاريخ الخطأ له .
			٢- سيتم للمريض وعائلته قبل الدخول لفرة التعليمات مناقشة أجراء الرعاية والمخاطر مع فريق من مختلف التخصصات على الوجه المناسب .
			٣- سيتم مقابلة احتياجات المريض النفسية والفسيولوجية استعداداً على خطة الرعاية .
			٤- سيكون المريض قادراً على الخروج من المستشفى في اليوم الثالث بعد إجراء العملية .
			جانب التعريض
			٥- من التعرض أن يكون المريض قد حضر عيادة ما قبل الدخول .
			٦- إن كافة المعدات والأجهزة التي تحتاج إليها أثناء فترة ما بعد العملية قد تم فحصها وتجهيزها للاستخدام .
			٧- إن احتياجات المريض فيما يتعلق بتسكين الألم قد أخذ في الاعتبار وقت مقابله .
			٨- سيكون المريض عند خروجه قد فهم عملية الصام الجرح واحتلال المضاعفات وما يمكن عمله حالها
			٩- سيكون المريض عند خروجه قد أتت خطة الفحص
			١٠- إن توفيق كافة المعلومات الخاصة بالمريض قد تم طبقاً لسياسة المستشفى .
			١١- إن كتيب المعلومات قد تم شرحه بالكامل للمريض .
			جانب العلاج الطبيعي
			١٢- سيكون المريض قبل دخوله غرفة العمليات قادراً على برهان أوائه لتمارين التنفس ، والقدرة الدموية والسعال المساند .
			المعاملون بطرف العمليات
			١٣- تمت زيارة المريض قبل وبعد العملية .
			جانب التقنية
			١٤- إن المريض سيتلقى مصابيح مخصوصة مخفية .

الشكل رقم (٧-١٩) : نموذج المراجعة من قبل فريق مشكل من تخصصات متعددة



برنامج المراجعة السريرية :**خط سير المريض وتحليل العمليات الطبية والتمريضية الأساسية :**

قد يكون مهماً التحديد الواضح للعمليات السريرية وعمليات رعاية المريض أو خطوط سير المريض ، وذلك لمعرفة جوانب القصور ، أو مجالات التحسين في جودة الرعاية أو الخدمة المقدمة . وهناك ثلاثة أساليب مترابطة يمكن توضيحها والاستفادة منها ، وهي :

أ - متابعة خط سير المريض وتحديد مؤشرات الجودة .

ب - إعداد المستويات المعيارية ومراقبتها .

ج - تعريف الناتج المحدد .

وسوف نستعرض بشكل موجز كل أسلوب منها على حدة ، بحيث يمكن بعد ذلك تطويره بسهولة ليلانم متطلبات مراجعة أى مجال سريري محدد .

أ) متابعة خط سير المريض وتحديد مؤشرات الجودة :

عبر هذا الأسلوب يتم تحديد خطوة أو أكثر من عملية رعاية المريض ، ويتم توصيف مؤشرات محددة تتعلق بجودة رعاية المريض .

إن النموذج الأمثل لتتبع خط سير المريض سيتم توضيحه فى الآتى ، ويشتمل على بعض المؤشرات الأساسية التى تم تحديدها . وهذه المؤشرات تم تأمينها من ثلاثة مصادر هى : ميثاق المريض الحكومى ، وورشة عمل مارش March ، وتجربة " د. كوش Koch " السابقة .

لوحة توضيحية نموذجية لتتبع خط سير المريض



تحقيب على النموذج السابق :**بالنسبة لمجموعة الأنشطة السريرية تحت الرمز A11 :**

إن كل واحد من هذه الصناديق نفسها مثلاً : (مجموعة اقبل المريض A11) يمكن تطويره أو توسيعه للبحث بتفصيل أكثر حول مؤشرات الجودة في ذلك المجال . وهناك أيضاً مثالان آخران : الأول سيتم تناوله هنا تحت بند أسلوب تتبع سكة المريض ، والآخر سيتم عرضه تحت أسلوب وضع المستويات المعيارية ومراقبتها .

المثال الأول - الإجراء المحلى الممكن رقم ١ :

استخدم هذا البرنامج إما كما هو أو بتعديله ليتوافق مع الاستخدام المحلى : وذلك لتحديد مؤشرات الجودة الرئيسية للمزيد من النقاش أو لوضع المستويات المعيارية .

ب. وضع المستوى المعيارى ومراقبته :

بمجرد تحديد مؤشرات معينة للجودة ، فإن الخطوة الهامة التالية هي وضع مستوى معيارى يكون متفقاً عليه ، وقابلًا للتحقيق والقياس لكل واحد من هذه المؤشرات : وذلك لزيادة مستوى الاتساق فى تحقيق مستويات عالية لجودة الرعاية أو الخدمة .

والجدول رقم (٧-١) يوضح أسلوباً واحداً يتضمن التعريفات المستخدمة فيه وحالة دراسية لتطبيقه .

الجدول رقم (٧ - ١) : بعض التعريفات المستخدمة فى وضع المستويات المعيارية ومراقبتها

المؤشر	المستوى المعيارى	المؤشر الذى يمكن قياسه	الهدف	المراقبة
التعريفات تعبير قصير لتعريف الموضوع	حملة تحدد المستوى المطلوب لتحقيقه/أو المسهدف	ما هو الشيء الذى سيتم قياسه لمعرفة ما إذا كان المستوى المحدد يتم تحقيقه ؟	إما / أو : (أ) هدف رقمى يتم تحقيقه (ب) تاريخ محدد	شخص ، طريقة أو تكرارية كيف يتم مراقبة الأداء .
الامتثلة تخمين الرعاية العربية	كل مريض يتم إدخاله سيتكون له خطة رعاية يتم كتابتها خلال (٤٨) ساعة من دخوله .	(أ) خطة الرعاية المكتملة . (ب) مدة إكمال الخطة منذ أن تم إدخال المريض .	(١٠٠) خلال ٤٨ ساعة	مسيرة التعريض تراجع حمس خطط للرعاية فى كل محال شهرياً .

المثال الثاني - الإجراء المحلى الممكن رقم ٢ :

استخدم هذا النموذج وناقش ، واتفق ، و ضَعُ مستويات يمكن تحقيقها (واحدًا أو أكثر) لأكبر عدد من الموضوعات التي يُمكنك الوقت من النظر فيها ، ولكن يجب ألا يكون هذا الأمر مستهلكًا وقتًا طويلاً منك . حاول أن تضع جدولاً زمنياً يتضمن نوع المؤشرات والوقت المتاح لإعداد مستويات لها . ويجب أن تأخذ فى الاعتبار أنه ليس مهماً أن يتم كل ذلك فى الحال ، ولكن يجب أيضاً ألا يستغرق الأمر سنوات لإنجازه .

ج/ تحديد ومراقبة ناتج محدد :

للتأكد من أن المراجعة قد تم تأسيسها بقوة فى قياس النتائج : يمكن أن تحدد لكل مجال من المجالات السريرية خمسة مؤشرات إيجابية للنتائج ، وخمسة مؤشرات سلبية ، والتي يمكن مراقبتها بانتظام . ونطرح فيما يلى أمثلة من نموذج مفيد .

مؤشرات سلبية	هل تتوفر البيانات ؟	جمعت البيانات بواسطة :	متى تم إبلاغ البيانات ؟
١- حوادث عنف فى الجناح . ٢- عدم حضور المرضى فى المواعيد المحددة لهم فى المستشفى النهارى أو العيادات الخارجية . ٣- الأذى الذاتى المتعمد أثناء العلاج . ٤- الشكاوى . ٥- ردة فعل خطيرة للأدوية .			
مؤشرات إيجابية			
١- رضا المريض . ٢- تحقيق أهداف العلاج . ٣- إزالة الأعراض . ٤- العودة للعمل . ٥- تحسن فى الاتصالات أو العلاقات البينية .			

الإجراء الممكن رقم ٣ :

حدد خمس نتائج إيجابية وخمس نتائج سلبية ذات صلة بمجالك السريري ،
واستخدم النموذج السابق لتحديد كيفية مراقبة هذه النتائج أو (بعضها) .

خطة عمل متخصصة :

فى ضوء ما سبق من معلومات : يرجى إجراء نقاش مثير للاتفاق على خطة عمل
بشأن كيفية عمل المراجعة فى مجالك السريري . وبالطبع ليس هناك طريقة واحدة
يمكن اعتبارها فعالة : إذ إن الأمر يعتمد على نوعية المراجعة المستخدمة ، وعلى طبيعة
المجال السريري . وقد تساعد بعض الاقتراحات المرتبطة بإجراءات العمل المحلى فى
الإفادة منها .

برجاء التأكد من أن اتخاذاك لإجراءات محددة ، له صلة بالمراجعة ربع السنوية
للسؤال : ثم ماذا أى بمعنى : كيف تحسنت خدماتنا باستخدام المراجعة ؟

الإجراء المحدد	تاريخ الانتهاء	المسؤولية
----------------	----------------	-----------

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

٦- المراجعة ربع السنوية .

يرجى إرجاع نسخة من هذه الصفحة الأخيرة بعد تعبئتها للمدير السريري : وذلك
لمساعدته فى معرفة على مدى التطور ، وتمكينه من تقديم المساعدة اللازمة عند
الضرورة ، أو عند طلبها . وهناك فكرة لعقد ورشة عمل ، وذلك بالتنسيق مع الدكتور
هيو كوش Hugh Koch فى نهاية هذا العام (أكتوبر / نوفمبر) . ومن المتوقع أن

تتم مناقشة مدى التطور فى خطط المراجعة فى تلك الورشة هذا إذا كان لديهم رغبة فى ذلك .
شكراً لك .

المراجع :

Bennett J & Walshe K (1990) Occurrence Screening as a Method of Audit . BMJ 300, 1248- 1250 Harman D & Martin G (1991) Medical Audit & the Manager . HSMC , University of Birmingham

Koch H C H (1991) TQM in Health Care , Longman , Harlow

Koch H C H (1992) Clinical Audit : A Practical Framework, South Warwickshire

إن التفتيش والمراقبة ، فى أى من مجالات الخدمة ، ينبغى ألا يكونا هدفاً فى ذاتهما . ولكن يجب أن يعتبر كل واحد منهما عملية جودة قائمة بذاتها مع العمل أن يكون التباين فى أى منهما / أى التباين فى عملية القياس / المراجعة - فى حدوده الدنيا . وهذا يستوجب النظر إلى مسألة التباين فى القياس على أنها قد تكون سبب أى من العوامل التالية :

- عوامل إنسانية - المهارة فى المراجعة وإمكانية إعادة تكرار نفس النمط من المراجعة - المسؤول أو المدير وعملية القياس بالنسبة له/ لها .
- مدى دقة أى من الوسائل أو المعدات الفنية أو الإدارية .
- التباين فى طرق أخذ العينات .

ومن هنا يجد العاملون فى الخدمة الصحية الوطنية هذا الجانب من إدارة الجودة الشاملة صعباً للقبول الفورى . لكن برغم ذلك فقد اتضح بالتجربة أن الأدوات التى تم عرضها فى هذا الفصل لها إمكانية كبيرة للاستخدام كعامل فى التحكم فى التباين المهدر فى الرعاية الصحية .

أسئلة :

١- كيف يمكنك استخدام أسلوب عصف الأفكار ، وأسلوب تحليل السبب والأثر ؟

هل يمكن لهذين الأسلوبين أن يساعدا في مواجهة المشكلات التالية :

- المشكلات المرتبطة بمواقف السيارات ؟

- إدارة قوائم الانتظار ؟

- المشكلات المرتبطة بالأسرة الطبية ؟

٢- كيف يمكنك استخدام أسلوب تحليل 'باريتو' ؟

هل ترى أن استخدامه يمكن أن يساعد في حل المشكلات التالية :

- مشكلة السجل الصحى التمرضى ؟

- الأخطاء في الفواتير الموجهة للموردين ؟

٣- هل يمكن الاستفادة من الأعمدة البيانية في مراقبة :

- معدلات الأمراض العارضة للعاملين ؟

- النسبة المثوية للترميز البريذى المكتمل ؟

إن الجهات المقدمة للخدمة باتت تدرك أن وسائل وطرق مراقبة العمليات أصبحت جزءاً أساسياً وهاماً من إدارة الجودة الشاملة ، وتعتبر عاملاً أساسياً فى معلومات تحسين الجودة .

كما أن التقدم فى تقليل درجة التباين فى أى من عمليات الرعاية الصحية : سيؤدى إلى انخفاض مدى القيم المرتبطة بتلك العملية . فعلى سبيل المثال : إن الوقت الذى سيستغرقه اثنان من جراحى العظام فى إجراء نفس العملية ، سوف يتقارب كنتيجة لعملية تفتيش ومراقبة العملية الجراحية . ويتضح ذلك جلياً فى الشكل رقم (٧-٢٠) .

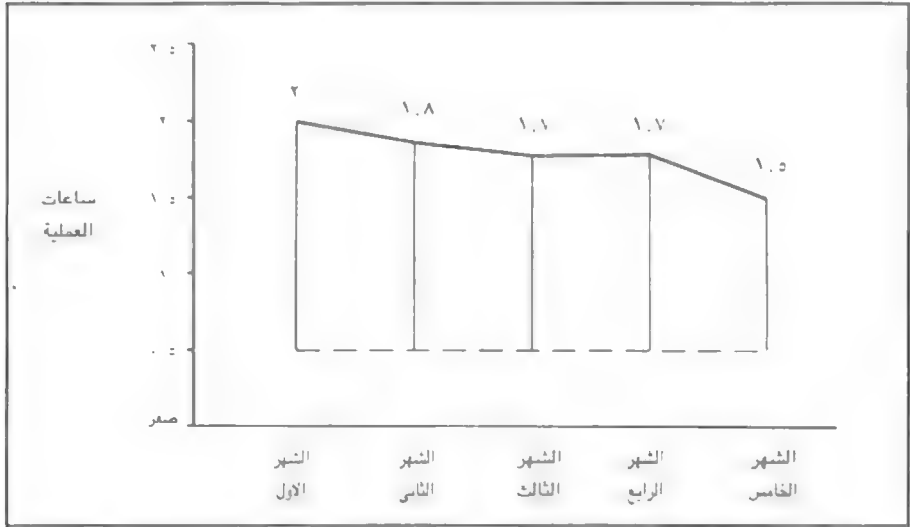
و بوكا - يوك Poka-yoke (الخطأ - التصحيح) - وهو نظام تم تطويره من قبل سكيغيو شينغو Skigeo Shingo ، يربط الجوانب الثلاثة لعملية مراقبة الجودة ، وهي :

- درجة العيب الصفري .

- نظام "بوكا-يوك" .

- تفتيش المصادر .

الشكل رقم (٧-٢٠) : درجة التباين في الوقت المستغرق لإجراء نفس العمل الجراحي من قبل أكثر من جراح



ونود أن نشير إلى أن استخدام طريقة بوكا - يوك لمراقبة الجودة ، تتم بفحص الأخطاء بمجرد تحديدها في التوالحين . بمعنى آخر ، يتم إيقاف تقديم الخدمة ، ويبدأ تحليل فوري للمشكلة التي حدثت : وذلك لتحديد المشكلة المرتبطة بالعملية ومنع تكرارها .

فعلى سبيل المثال :

المشهد : حلقة دراسية فى المستشفى الساعة ١١ صباحاً . تم طلب القهوة .

الفعل : لم تصل القهوة .

تم الاتصال بقسم الإعاشة . قدموا اعتذارهم عن التأخير . القهوة وصلت فى الساعة ٢٥ : ١١ صباحاً .

مدرب الحلقة الدراسية يتصل بمدير قسم الإعاشة فى وقت الغداء ، الذى بدوره يطلب من المدرب معلومات مكتوبة حول المشكلة . يرفض المدرب الإجراء ، وعوضاً عنه يناقش مع مدير الإعاشة غياب الرقابة عن العمليات والإشراف وتفتيش الطلبات الجاهزة داخل قسم التغذية . والنتيجة التى تم التوصل إليها هى تحسن عملية الخدمة . ويصل الشاى الساعة ١٥ : ٣ بعد الظهر كما طلبه .

إن مفهوم بوكا - يوك يتشابه مع أسلوب ضمان عدم الإخفاق Foolproofing والذى يتأسس على فكرة أن إنجاز أى عملية لا يتم إلا إذا تم إنجاز العملية السابقة لها والمرتبطة بها . والمثال على ذلك فى جناح الجراحة مثلاً هو تجنب المشكلات المتصلة بإكمال نموذج ملخص الخروج من المستشفى إلا بعد التأكد من أن المرضى سيذهبون إلى منازلهم فقط ، وذلك حين يتم تعبئة نموذج الخروج عن طريق صغار الأطباء !!!

ملخص / استنتاج :

إن الجودة ليست مسألة حظ - إن أى حدث يتصل بالرعاية الصحية سواء فى المجتمع أو فى المستشفى يتكون من العديد من العمليات الفرعية ، وكذلك من العديد من الأنشطة السريرية وغير السريرية . وقد تم تطوير كل هذه العمليات من قبل محترفين على مدى السنين ، وتحتاج إلى اختبارها ، ومراقبتها ، وتعريفها بدقة شديدة . وهذا هو الهدف ، إذا لم يكن فقط الأسلوب : للتأكد من أن المرضى (والعملاء الآخرين) لهم الثقة الكاملة فى الأداء الصحيح لمستشفياتهم أو خدمات مجتمعهم .

إن كل عملية تتصل بالرعاية تتطلب التصنيف أو التوثيق الذى يشمل تفاصيل خواصها بوضوح كامل . وتمكن عمليات التفتيش أو الفحص المستمر ، والتعديلات / أو الإجراءات التصحيحية من التأكد من أن عملية التحسين فى تصميم الرعاية الصحية يتم دائماً تضمينها وإيصالها لجميع العاملين .

إن الالتزام الدقيق بمواصفات الخدمة ليس إجراءً للإبطاء وتعويق الإبداع السريرى ، لكنه يعد أهم جزء من خدمات الخدمة الصحية الوطنية . كما يعد التزام الأطباء والمرضى وأعضاء الهيئات الطبية الآخرين بالمعايير الواضحة والصارمة للخدمة الصحية الوطنية - أمراً مهماً للارتقاء بمستويات الجودة . إن إدارة الجودة الشاملة ومراقبة عملية أداء الأنشطة والخدمات ينبغى إعطاؤهما الأولوية القصوى : للحفاظ على هذه المستويات المعيارية للخدمة والارتقاء بها .

الفصل الثامن

حل المشكلات وفرق تحسين الجودة

تأسيس إدارة وفريق عمل كفؤين :

لقد تم تلخيص أو تمثيل الإدارة العامة ، الجيدة والفعالة ، من الناحية النظرية ، ومن واقع الممارسة العملية ، من خلال انحياز المديرين أو توجيههم لطرق عمل ، أو ممارسات ، يقومون فيها بتحديد مسؤولياتهم الشخصية لأداء أعمالهم ، وأداء العاملين المسؤولين أمامهم . لكن المديرين الجيدين ، مثل الآباء الجيدين ، عليهم ألا يتوقعوا نجاحاً تاماً كاملاً لأداء أعمالهم ضمن الموارد المخصصة لمنظمتهم : لأن ذلك سوف يؤدي حتماً إلى فشلهم ، ليس فشلهم المدقع فحسب في تحقيق ذلك النجاح ، بل فشلهم بشكل كامل في تحقيقه . فحتى الأسلوب والبناء الإداري الأكثر وضوحاً والمدرّس بعناية ، وكذلك الوجود المجرد لأسلوب قمة التسلسل الهرمي ، مهما كان مفيداً لتقديم الخدمة والرعاية الصحية ، فإنه سوف يبدو محبطاً أو قد يفسد إبداعات وابتكارات الموظفين . من هذا المنطلق إذاً ، فإنه ليس مدهشاً أن نرى فرقاً من الأفراد من خلفيات ووظائف مختلفة قد صرفوا وقتاً مع بعضهم بعضاً لتقديم خدمات تتسم بالجودة العالية ، وحل مشكلات التشغيل المستمرة عند ظهورها ، وذلك قبل إدخال الإدارة العامة في نظام الخدمة الصحية الوطنية ، أو خلال عملية إدخالها . ومن أمثلة هذا الفرق التي تجول في العقل :

- فريق العناية التمريضية بالجنح .
- فريق الأطباء ورؤساء الأقسام .
- فريق الإدارة .
- فريق المديرية الصحية السريري .
- فريق تكاليف إدارة المستشفى .

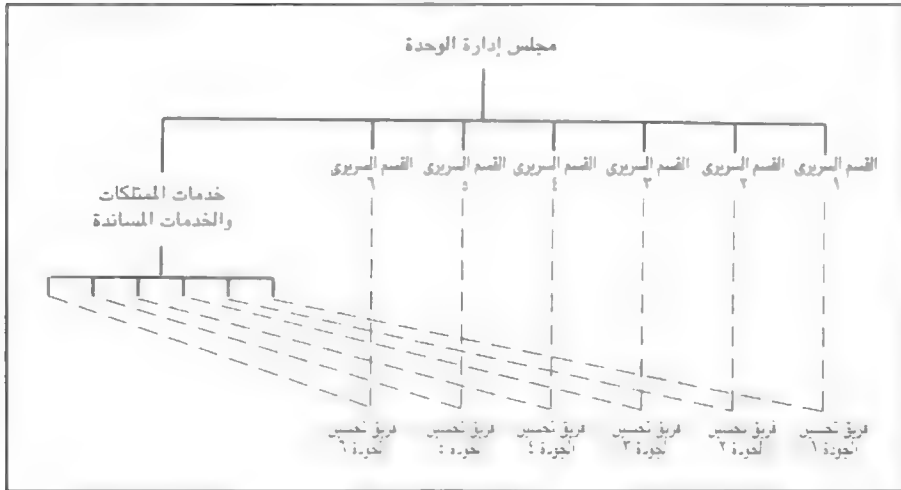
وتجدر الإشارة إلى أنه كلما كان أداء هذه الفرق أفضل ، سواء كان ذلك على مستوى المهام الموكولة إليها ، أو على مستوى العلاقات الاجتماعية /أو علاقات

التعاطف التي تنشأ بين أفرادها أثناء العمل - يكون أداؤها مرتفعاً . ولكن على الرغم من النوايا الحسنة لهؤلاء المشاركين في أعمال الفرق وهؤلاء المسؤولين عنهم ، إلا أن هناك العديد من الخواص التي يمكن لها أن تظهر وأن تعوق الأداء العالي والتوجه الإبداعي في حل المشاكل . وهذه الخواص تتمثل في التالي :

- مستويات ترتيب التسلسل الهرمي للسلطة والمكانة والأهمية الظاهرة .
- غياب المشاركة من قبل صغار العاملين .
- عدم مشاركة الموظفين غير السريريين في الفرق السريرية .
- كثرة المهام الإدارية وقلة العصف الذهني وحل المشكلات .

ولهذا السبب ، سعت منشآت عديدة بشكل عام ، ووحدات لتقديم الرعاية الصحية بشكل خاص ، إلى التأكد من أن إستراتيجية تأسيس أسلوب تعديل منظم ومتحكم فيه عن طريق إدخال فريق تحسين الجودة ، تدخل في صميم بناء الإستراتيجية . وإما أن يكون هذا كبرنامج إرشادي جانبي أو كفريق لتحسين شامل للجودة لكل خطة تشغيل كما يوضح ذلك الشكل رقم (٨-١) .

الشكل رقم (٨-١) فرق تحسين الجودة



إن المحاسن/الفوائد الرئيسية لهذه الفرق والتي يظهر بعضها في فرق الإدارة الرسمية تشمل :

- القدرة على حل العديد من المشكلات المتنوعة ، وخاصة تلك التي تتصل بأكثر من إدارة أو وظيفة .

- مواجهة المشكلات من منظورات أو خبرات متعددة .

- رفع درجة الرضا ومعنويات العاملين من خلال مشاركتهم في أعمال هذه الفرق .

وعندما تبدأ هذه الفرق في العمل وتستمر فيه ، فإن الوحدات تجد أن عملية حل المشكلات تصبح أكثر سرعة وفاعلية . إن كلمة منح الصلاحيات أو تخويل السلطة *Empowerment* تستخدم بكثرة وتعتبر من المقومات الأساسية في إدارة الجودة الشاملة . إن قدرة المنظمة على إعطاء الصلاحيات وتخويل السلطات الكافية للعاملين على كل المستويات لكي يحسوا بأنهم جزء أساسي في أسلوب تحسين الجودة/وحل المشكلات ، يعد عاملاً حاسماً متى استدعت الظروف ذلك . وتتضمن فرق تحسين الجودة دلالات إعطاء السلطة .

ماذا يعنى منح السلطات أو الصلاحيات لك كمدير ؟

- هل ستكون سعيداً إذا قام كل العاملين معك بتقديم اقتراحات معقولة أو مقنعة بشأن تحسين الجودة ؟
نعم / لا

- هل ستكون سعيداً إذا قام كل العاملين معك بإنفاذ هذه المقترحات المعقولة أو المقنعة بشأن تحسين الجودة ؟
نعم / لا

- هل تعرف المقترحات التي تقدّم بها العاملون معك حديثاً ؟
نعم / لا

- هل تعبر أو تبدى لهم أن أفكارهم جيدة وجديرة بالأخذ في الاعتبار ؟
نعم / لا
كيف ؟

- هل تتحمل المخاطرة بأن تدع العاملين معك ينفذون ويتعلمون من تنفيذ فكرة سخيفة ، في مرة من كل خمسين مرة ؟
نعم / لا

لقد تم إجراء تحسينات هائلة في القطاع الخاص (شركات : رولز رويس وماركس واسبنسر مثلاً (Rolls Royce , Marks and Spencer) وكذلك في خدمات القطاع العام (على سبيل المثال الخدمة الصحية الوطنية) ، وذلك في أعقاب استحداث نظام فرق تحسين الجودة في السنوات القليلة الماضية . إن فرق تحسين الجودة ليست سبباً آخر للمديرين لإيجاد حلول للمشكلات فقط ، إنها ، في حقيقة الأمر ، بُعد خلاق وطوعي وحركي (يتسم بالحركة لمقاومة التغيير للتطورات المتسارعة) لحل المشكلات العملية والتي يصعب حلها عبر الوسائل الإدارية التقليدية .

ما هي الفوائد التي يمكن جنيها من قيام فرق تحسين الجودة ؟

- تجاوز الحدود (بين الوحدات / الإدارات) .
- نشر الوعي .
- خلق الإحساس بالملكية (الانتماء) .
- البحث عن والسعي للحصول على المهارات والمعارف .
- تطور العاملين .

إن فرق تحسين الجودة والتي تستمد قوتها وبصورة مباشرة من المعارف والمهارات المتاحة على مستوى الجناح/الوحدة السريرية/التشغيلية ، تعتبر ذات توجيه ذاتي ولكنها في الوقت ذاته جزء كامل من الوحدة . ولهذا فهي توصف بأنها معارضة (وبصورة دراماتيكية أى مثيرة) لجميع ما تتضمنه سياسات الإدارة العامة (كما يقترح هتشينسون . (Hutchinson 1991) أن أهم متركزات هذه الفرق وأسباب سمعتها أنها تمنح صلاحيات تضمن مشاركة العاملين في ممارستها .

دور الاتصالات في فرق العمل :

نوع اعتبار وجود فرق محددة لتحسين الجودة ، فإن العمل الجماعي من أى نوع في نطاق الرعاية الصحية يتأسس على وجود نظم اتصال فعالة . ولزيد من التغطية المتعمقة لهذا الموضوع نحيل القارئ لدراسة كوش Koch 1991 . إن الفشل في الاتصال الصحيح يؤدي إلى خلق مشكلات لا داعي لها ، وتؤدي إلى أداء ضعيف على المستوى العملي .

وربما كانت أكثر وسائل الاتصال قوة هي المتمثلة في إعطاء المثل / أو ضرب المثل من قبل أفراد الفريق أو العاملين عن طريق التزامهم بالجودة . ويتأتى ذلك على سبيل المثال من خلال :

- الأسلوب الإيجابي والاستعداد للالتزام بتحسين الجودة .
 - السلوك المتصل بالجودة في أوساط منطقة عملنا / مجال عملنا .
 - المستويات المعيارية العامة للسلوك الفردي والمستويات المعيارية لمنطقة/مجال عملنا .
 - رغبتنا في تقدير خدمات العاملين لدينا ومكافأتهم .
- إن التركيز على هذا الالتزام الفردي فيما يتعلق بتوصيل رغبتنا في جودة الرعاية الصحية وخدماتها يعتبر أمراً أساسياً . وهنا بعض الأفكار حول هذا الأمر :

١- الملصقات وحملات الملصق :



وقبل أن تبدي الضيق ، نشير إلى أن العديد من المستشفيات قد وجدت في استخدام الملصقات ، الكبيرة والصغيرة ، وسيلة مهمة في توضيح كيفية الاتصال وإيصال رسالة الجودة للعاملين (وأيضاً للمرضى وأقاربهم) . إن الإشارات المعلوماتية الصغيرة/الملصقات تظهر في الأماكن الظاهرة وأيضاً في الأماكن الأقل ظهوراً .

إن العديد من الشركات تقوم بتطوير وتسويق ملصقات لتحسين الجودة والتي يجب تعديلها لتتواءم مع خدمات نظام الخدمة الصحية الوطنية . ويمكن تعديل هذه الملصقات بسهولة .

هذا ، وتستلزم حملات الملصقات تفكيراً رصيناً وحريصاً على الأصعدة التالية :

- مكانها (الموقع والارتفاع) .
- الرسائل (التي تريد أن تبلغها) .
- الأهداف .
- الموازنة بين الملصقات ووعي العاملين .
- التدريب .

إن سلسلة من الخرائط التي تتوافق مع نظام الخدمة الصحية الوطنية قد تم تطويرها من قبل المؤلف ويمكن الحصول عليها منه . وتستوجب الاتصالات الناجحة باستخدام الملصقات التغيير المستمر والتطوير لتحسين رسائل الجودة المعلنة باستخدام ملصقات جديدة على أسس دورية .

٢- الكتيبات المعدلة :

من أجل أن يكون العاملون على علم بجميع التطورات وعلى دراية عميقة بالمعلومات التي يمكن الحصول عليها بواسطة الملصقات (والتي يمكن ربطها بغرض التدريب) : يمكن استخدام الكتيبات التي توفر المعلومات ، والتوصيف ، والأنوات ، والوسائل ، وكذلك أمثلة حول كيفية الاستخدام .

هذا ، وقد وفرت منظمة إدارة الجودة الشاملة العالمية سلسلة من الكتيبات العديدة ، منها : دليل الجودة ، وكتاب الجيب لأنوات الجودة ووسائلها وتقنياتها ، وكتاب الجيب لقادة فرق مشروع الجودة ، والتي يمكن الاستفادة منها ، ولكن يجب أيضاً تعديلها لتلائم مع قطاع الرعاية الصحية . انظر الشكل رقم (٨-٢) .

الشكل رقم (٨-٢) الكتيبات المعدلة (أو التي يمكن تعديلها لتخدم أغراض الجودة في قطاع الرعاية الصحية)



(تابع) الشكل رقم (٨-٢) الكتيبات المعدلة

المحتويات	الصفحة	مقدمة
مقدمة	٣	يتضمن هذا الكتيب تعريفاً
إدارة الجودة الشاملة :		لإدارة الجودة الشاملة ، ويوضح
تعريفنا لإدارة الجودة الشاملة	٤	الأصول العامة التي تقوم عليها .
قواعدنا لإدارة الجودة الشاملة	٥	ويتضمن الكتيب أيضاً
عملية إدارة الجودة الشاملة	٦	إرشادات حول استخدامات الأدوات
مشروعات الجودة الشاملة :		والوسائل التي يمكن استخدامها
أهداف المشروع	٨	كجزء من عملية إدارة الجودة
أسلوب المراحل الخمس للمشروع	٩	الشاملة .
تحليل المشكلة خطوة خطوة	١١	
١٢ الأدوات والأساليب :		
عصف الأفكار	١٤	- ولكل أداة (أو أسلوب) يقدم
تحليل الباعث والاثـر	١٥	الكتيب ملخصاً حول :
قوائم المراجعة	١٨	ما هيـتها ؟
أشكال التركيز	١٩	متى نستخدمها ؟
خرائط تدفق العملية	٢٠	لماذا نستخدمها ؟
عينات النشاط	٢٣	كيف نستخدمها ؟
التعامل مع البيانات وعرضها	٢٤	
تحليل باريتو	٢٨	وقد قصد من الكتيب أيضاً أن
التحليل الميداني	٣١	يكون مرجعاً لأعضاء فرق مشروع
الأولويات والتقييم	٣٣	الجودة الشاملة وللمهتمين الآخرين
أشكال آثار الحلول	٣٥	بعملية الجودة الشاملة .
تحليل منع الفشل أو الوقاية منه	٣٧	
أدوات ووسائل وأساليب مصفوفة الجودة	٣٨	

(تابع) الشكل رقم (٨ - ٢) الكتيبات المعدلة

<p>فريق العمل (العمل الجماعي) :</p> <p>للعمل كفريق يجب علينا الحرص على تجنب إيجاد مواقف أو حالات (الترايح / الفاسر) ويحدث هذا الموقف عندما تكون لأفراد الفريق وجهات نظر مختلفة وعليه يقررون بدلاً من محاولة الوصول لاتفاق فإنهم سيستمرون في النقاش والاصرار على فرض الراى على اى حساب</p> <p>فى نهاية الامر فإن شخصاً سيكسب وسيخسر الآخر. وإذا كانوا قد اخذوا بعض الوقت ورأوا المسألة من وجهة نظر الآخر فقد سويتش لنفى بعضهم بعض</p>  <p>إن موقف الرايح يؤدي إلى إضاعة الوقت خلق الصراع يوقف الاستماع للآخرين ، يخلق مواقف دفاعية يعرقل عمل الفرق حاول دائماً أن ننظر للمسائل من وجهة نظر الآخرين قبل الاختلاف معهم .</p> <p>بعض المواضيع الرئيسية ملحة ١</p>	<p>بناء فريق فعال :</p> <p>إن العمل مع بعضنا البعض خير من العمل ضد بعضنا البعض . فإذا شددنا معاً فى نفس الاتجاه فإننا على الأرجح سننجح .</p> <p>إن أفضل الفرق الرياضية تتمتع بوجود أفراد جيدين ولكنهم يكسبون المباريات لأنهم يلعبون جيداً كفريق . ويعملون معاً لإحلال الهزيمة بالمتنافسين . وهذا ما يجب علينا عمله .</p>  <p>إن علينا كفريق بصير لـ تطبيق ما يعجز الأفراد عنه . - الاستغلال الأمثل لجميع مهارتنا - اتخاذ قرارات أفضل - قسماً أكبر من المنفعة - كيف يمكننا أن نعمل أفضل من الآخرين لتحسين الجودة فى نطاق عملنا ؟ بناء فريق فعال</p> <p>بعض المواضيع الرئيسية ملحة ٢</p>
--	---



TQM
INTERNATIONAL

إدارة الجودة الشاملة العالمية

إدارة الجودة الشاملة

دليلك

٢- صناديق الاقتراحات :

حاولت العديد من المستشفيات هذه الطريقة بدرجات متفاوتة من النجاح . ففى الوحدة التى قوبلت فيها مشروعات الجودة الشاملة بقبول كبير من العاملين ، فإن الفرصة تكون أكبر فى تعريف الإدارة بآى فكرة جديدة اعتماداً على ثقتها بأنها ستجد اهتماماً جدياً . إذا تم تنفيذها أو إرجاعها مع شرح حول أسباب عدم ملاءمتها . وغالباً ما يتم التنويه والاعتراف بهذه الأفكار - سواء تم تنفيذها أم لا .

٤- الرسائل الإخبارية الداخلية :

يعتبر الحصول على نظام اتصالات مستمر حول رسالة تحسين الجودة أمراً مرفقاً . إن وسيلة الرسالة الإخبارية الداخلية تعد أسلوباً فعالاً فى الاتصال بكل العاملين وإخطارهم بقصص النجاحات الحديثة على صعيد زيادة جودة الرعاية الصحية . كما أن الرسالة الإخبارية تساعد فى الحفاظ على روح الحماس ، وتؤدى إلى توليد أفكار جديدة وإعادة تخصيص الأفكار القديمة .

وتعد الروح الإبداعية والابتكار من أهم خصائص محرر الرسالة الإخبارية . ويوضح الشكل (٨ - ٣) مثلاً على ذلك .

الشكل رقم (٨ - ٣) الرسالة الإخبارية

مجموعة مستشفيات	خدمات السجلات الطبية :
(التجالفين ALTNAGELVIN)	
تشمل خدمات المرضى مكتبة السجلات الطبية ووظائف الإدخال / المواعيد ، وخدمات السكرتارية الطبية وأنشطة الأجنحة الكتابية ، وكلها مهمة على صعيد تسهيل تقديم رعاية وخدمة على مستوى عالٍ من الجودة هنا فى التجالفين ALTNAGELVIN .	
وفى سبيل الحفاظ على تحسين العديد من هذه الخدمات والمساعدة فى ذلك ، قمنا بتطوير مجموعة تحسين الجودة - والتي تشمل :	
كاثى فنستون ' Kathy Funston ' كاتبة جناح - الجناح ١	
جرالدين كار ' Geraldine Carr 'سكرتيرة شخصية - جراحة المبنى الرئيسى	
بريدا كامبل ' Breda Campbell ' خدمات المواعيد	
جون هافورد ' John Havord ' مكتبة السجلات الطبية	
كاثرين جيلين ' Catherine Gillen ' محاسبة المرضى وخدمات الاستقبال	
مارى دن ' Marie Dunne ' مديرة خدمات المرضى	
وذلك بمعاونة ' هيو كوش ' Hugh Koch استشارى إدارى فى إدارة الجودة . وهذا الفريق يسعى للاجتماع كل أسبوعين وتمثل أهدافه فيما يلى :	
- زيادة مستوى رضا العاملين بالخدمات المحددة .	
- زيادة رضا العاملين حول التمتع بحق استعمال الخدمات المحددة .	
- زيادة رضا المرضى بما يواجهونه من جوانب تتصل بالسجلات الطبية .	

تابع - الشكل رقم (٨ - ٣)

- المساعدة على إيجاد مستويات معيارية والاتفاق حولها ، إضافة إلى بيان كيفية قياس أداء العاملين حسب هذه المستويات .
- التأكد من الاستقلال الأمثل للموارد المتاحة .
- العمل على التحسين المستمر للعمل : وذلك للمساعدة على إيجاد الحلول للمشكلات التشغيلية عند حدوثها .

ما تم التوصل إليه حتى الآن :

- عقب الاجتماع الأول تم الاتفاق حول التالي :
- تحديد القضايا/المشاكل الرئيسية في كل جانب من جوانب السجلات الطبية .
- تحديد آثار هذه المشاكل والحلول المقترحة للمشكلات والمعوقات / المحددات التي يمكن أن تعترض نجاح هذه الحلول .
- تخطيط مواصفات المستويات المعيارية وكيفية مراقبتها .
- التأكد من أن جميع العاملين في السجلات الطبية يعرفون إدارة تحسين الجودة ويشعرون أنهم قادرون على المساهمة .

كيف يمكنك المساعدة :

إننا نعرف أن الجودة جزء من عمل كل واحد - إن أغلب إن لم يكن كل العاملين قد عملوا على تطوير الخدمات متى كان ممكناً . ولكن نقترح أن إنشاء فرق تحسين الجودة يمكن أن يسرع بهذه العملية .

مرفق بهذه النشرة ورقة أعدت لك لكي تسجل عليها أي قضايا/مسائل تتصل بتحسين الجودة والتي تقترح على الفريق أن يأخذها في اعتباره ، وما تراه من آثار لهذه القضايا على طريقة تقديمنا للخدمات وأي حلول تراها مناسبة ، وكذلك المعوقات التي قد تعترض هذه الحلول . عندما تنتهي من إعداد هذه الورقة يمكنك تسليمها لأي من أعضاء الفريق . وسيقوم بإثارة ما ذكرت في الاجتماع القادم .

إن رسائل إخبارية داخلية منتظمة كهذه سوف تصدر لإخطارك بما يتم من تقدم .

شكراً لك !

النسخة المعدلة لفريق تحسين الجودة / أو حلقة الجودة / أو فريق العمل :

يعد فريق تحسين الجودة فريقاً متعدد الوظائف ، يتشكل من تخصصات مختلفة : وذلك للعمل على إيجاد الحلول لمشكلة أو أكثر ، والتي تتسم بكونها تؤثر على أكثر من إدارة . وهذا الفريق يمكن تشكيله إما على أساس مؤقت/وفقاً لمدى زمني محدد حيث يتم حله عقب حل المشكلة ، أو يكون دائماً ومستمراً لكي يتعامل مع المشاكل ويعمل على تحسين الخدمة والجودة . إن عملية إنشاء ومراقبة أداء فرق تحسين الجودة تتطلب النظر في العديد من القضايا لعل أهمها :

- الرؤية الإستراتيجية - أى النظر إلى فرق تحسين الجودة كجزء من عمليات إدارة الجودة الشاملة .

- فهم عملية تحسين الجودة .

- اختيار أفراد فريق تحسين الجودة .

- مهارات حل المشاكل المتصلة بتحسين الجودة - الأدوات والوسائل والتقنيات .

- القيادة ومقابلة متطلبات المهارات الإدارية .

- التدريب .

- التوثيق وإعداد التقارير .

- التغلب على (أو مواجهة) المشاكل والمعوقات .

وأغلب هذه القضايا تمت مناقشتها فى مقالة كوش و سابوغيرو Koch and Sabugueiro عام ١٩٩٢م تحت مسمى الثقة فى الفرق Trust in Teams .

وفيما يلى نتناول كل واحدة من هذه القضايا بشيء من التفصيل :

١- الرؤية الإستراتيجية :

كما أشرنا فى مطلع هذا الفصل ، فإنه من الواجب عدم النظر إلى مسألة تطوير فرق تحسين الجودة كمبادرة جانبية ، إنها ، فى الحقيقة ، جزء متمم لأسلوب إدارة

الجودة الشاملة والتي يتم العمل بموجبها اعتماداً على التزام كامل من قبل الإدارة العليا ، وفى ضوء أهداف واضحة بمساندة التدريب كلما تطلب الأمر ذلك . وتكون الفائدة من هذه الفرق عظيمة : حينما يتم التعامل معها كمشروعات متكاملة (شاملة) ، أى إنشاء فريق لتحسين الجودة فى كل مجال من مجالات الخدمة التشغيلية (على سبيل المثال : الجراحة ، الطب ، العيادات الخارجية) .

٢- فهم عملية تحسين الجودة :

كلما كان تفهم وظيفة فرق تحسين الجودة كبيراً من قبل أعضاء الفريق : كانت عملية تحسين الجودة أكثر كفاءة . ولكن هذا قد يأخذ بعض الوقت ، ولن يحدث على الوجه المطلوب حتى تتم العديد من اجتماعات الفريق . وفى كل الأحوال ، فإن المطلوب من أعضاء الفريق أن يكونوا واعين لما يلى :

الأهداف العامة لتحسين الجودة :

- زيادة درجة الرضا للعاملين بالخدمة .
 - تحديد مستويات معيارية للخدمة واعتمادها .
 - قياس وزيادة درجة التوافق مع المستويات المعيارية .
 - خفض التكلفة المرتبطة بالأداء المتدنى .
 - زيادة درجة الرضا لدى العملاء "الداخليين" و "الخارجيين" .
 - زيادة درجة الوعي بأهمية الجودة لدى العاملين .
 - التطوير المستمر لعملية تحسين الجودة فى فريق تحسين الجودة .
 - الجوانب الأساسية لتحسين الجودة .
 - الخطوات الأساسية لأعمال وإجراءات الجودة من خلال فريق تحسين الجودة .
- انظر الأشكال من رقم (٤-٨) إلى (٧-٨) والشكل رقم (٨-٨) يعطى مثالاً عن كيفية بدء أحد مديري الخدمات الاجتماعية فى تطوير مجموعات عمل للجودة .

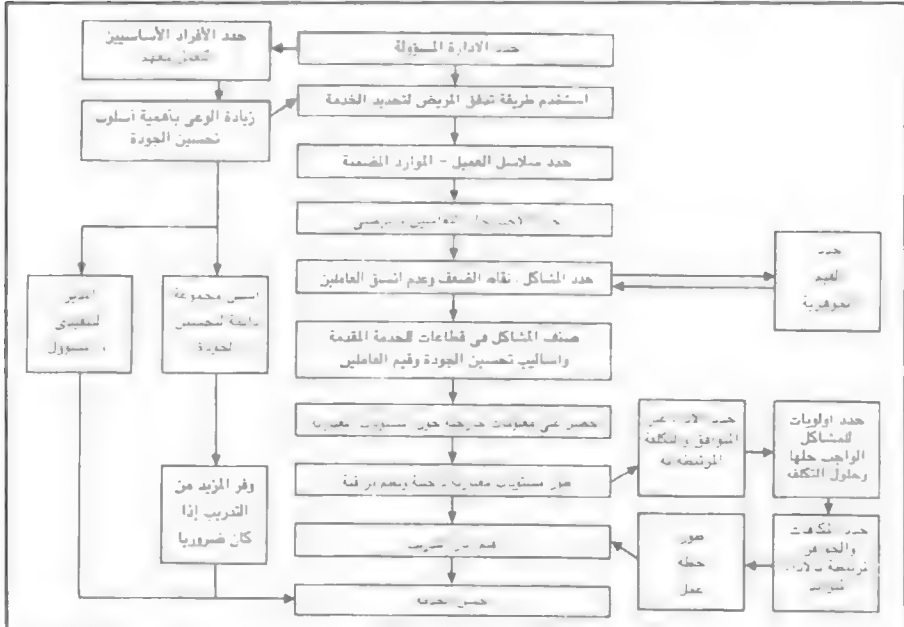
٣- اختيار أعضاء فريق تحسين الجودة :

إن التوضيح الذي يتضمنه الشكل رقم (٨-٩) يحدد المجموعات التي يجب فحصها عند التفكير في اختيار أفراد فريق تحسين الجودة .

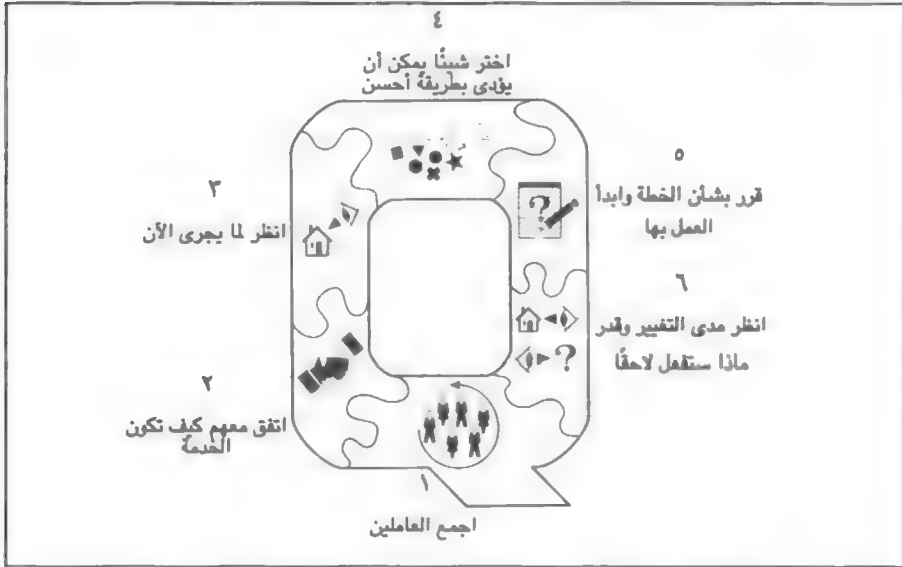
وباعتبار العاملين في وحدة داخلية ، فإن اختيار الأماكن الثمانية في الفريق (والرقم ثمانية هو رقم سحري لمجموعة يترجح عدد أفرادها ما بين ٥ و ١٠) يمكن أن يتم وفقاً للخواص التالية :

- يجب تمثيل كل واحدة من المجموعات الرئيسية (على سبيل المثال : الطب ، التمريض) .
- يجب اختيار الأفراد اعتماداً على إبداعهم وأسلوبهم الإيجابي في حل المشاكل) .
- المستوى الوظيفي ليس معياراً للاختيار : فالمجموعات الأفضل تتسم بأنها تتمتع بمزيج من المستوى / المهارة .
- المتطوعين .

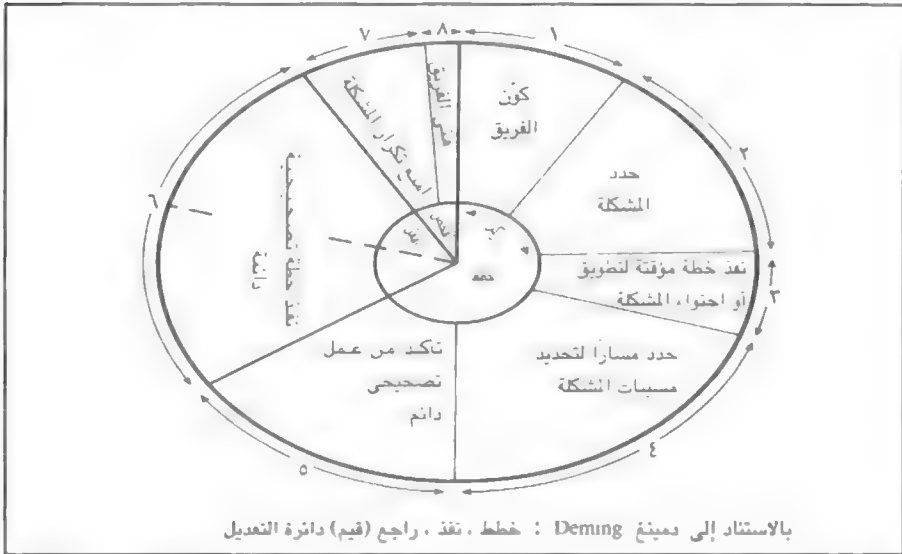
الشكل رقم (٨-٤) عملية تحسين جودة الخدمة



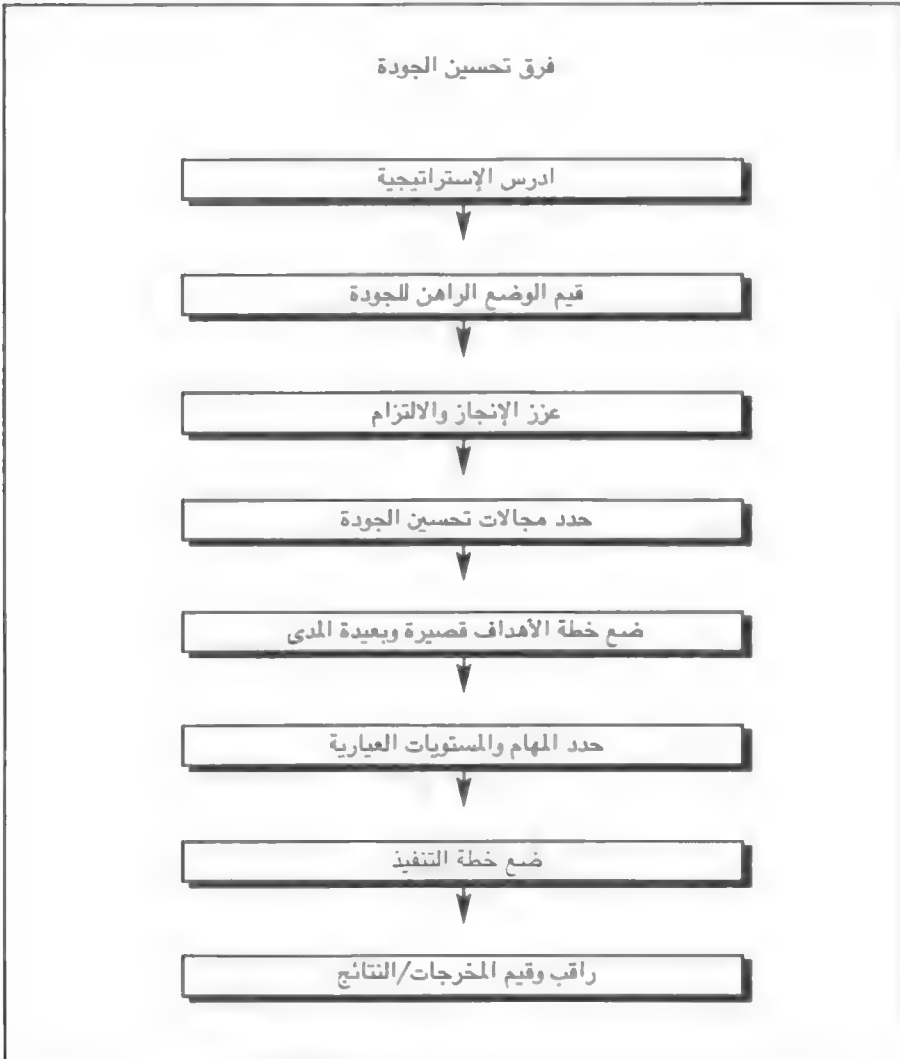
الشكل رقم (٨-٥) الخطوات الست لخطه عمل الجودة



الشكل رقم (٨-٦) الخطوات الثماني في أسلوب حل المشكلات



الشكل رقم (٨-٧) : تنفيذ الإستراتيجية



الشكل رقم (٨ - ٨) مذكرة داخلية

مذكرة

التاريخ : ٢٥ من إبريل

إلى : مدير الخدمات الاجتماعية

من : هارى كار Harry Carr

الموضوع : مجموعات عمل الجودة

أود إحاطتكم باننى أنوى تطوير مجموعات عمل للجودة فى مركز ويلوز داي Willows Day الكائن فى ٣٥ من شارع كرابوك Craddock . وسوف أشارك فى هذا الموضوع وكذلك سو أندرسون Sue Anderson حيث نقوم معاً بمهام التنسيق ، ويقوم المديرون التنفيذيون المباشرون بمهام قيادة المجموعة . ويتطلب هذا الأمر زمناً كبيراً منا نحن الأربعة بالإضافة إلى أعضاء المجموعات . وأتوقع أنه سيكون لإنشاء مجموعات العمل أثر فيما يتعلق بإدارة الخدمات لجهة اقتراحات التغيير فى السياسة والتطبيق ، وطلب المزيد من الموارد ، ... إلخ .

إن الفوائد المتوقعة من إنشاء مجموعات عمل الجودة تتضمن .

- تعريفاً واضحاً وعملياً لأهداف ووسائل الخدمتين المعنيتين .
- ملاءمة أفضل للخدمات واحتياجات الأفراد ، وبالتالي جودة أحسن لخدمتي الخدمات .

الشكل رقم (٨-٩) أعضاء فريق تحسين الجودة

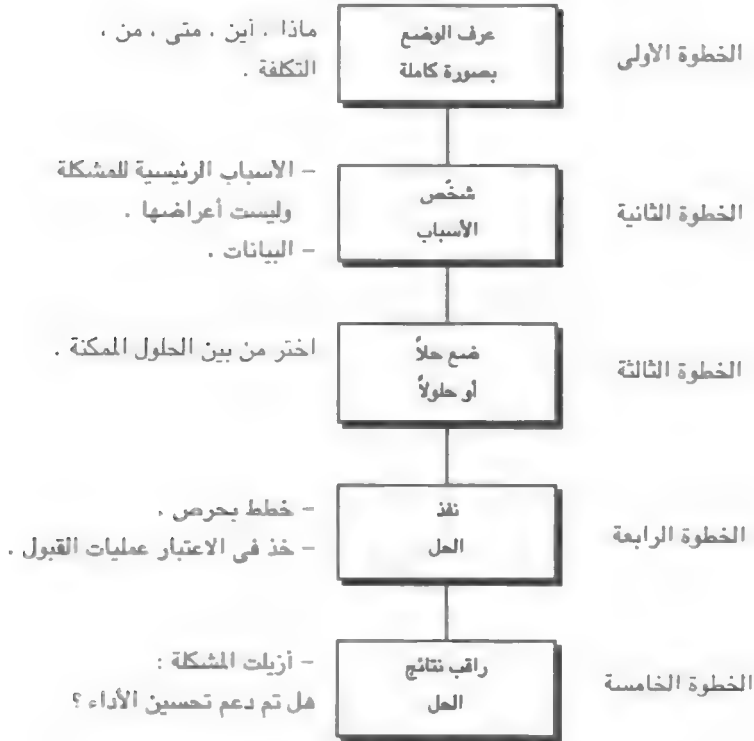
قائمة بمن أريده ضمن المجموعة والسبب :		
قد يكون مفيداً استخدام هذه القائمة للتفكير بشأن من الذي تريده ضمن المجموعة ، وسبب ذلك .		
مستعملو الخدمة	من	لماذا
المؤيدون		
العاملون		
الأشياء ذات الصلة		
الآخرون		
قائد المجموعة		
المنسق		
الحجم الإجمالي للمجموعة		

٤- مهارات حل المشكلات ، الأنوات والوسائل والتقنيات :

تدريبياً ، وكنتيجة للدعم ورفع درجة الوعي والتدريب ، فإن أعضاء المجموعة ، يمكن لهم تطوير المهارات التالية :

- أسلوب حل المشكلات . انظر الشكلين (٨-١٠) و (٨-١٣) .
- الأنوات والوسائل والتقنيات . انظر الشكلين (٨-١١) و (٨-١٢) .
- مع وجود مراجع وتمارين بسيطة تساعد على عصف الأفكار وليست معقدة (مثلاً :
تمارين رفع الأثقال : انظر الشكلين (٨-١٤) و (٨-١٥) .

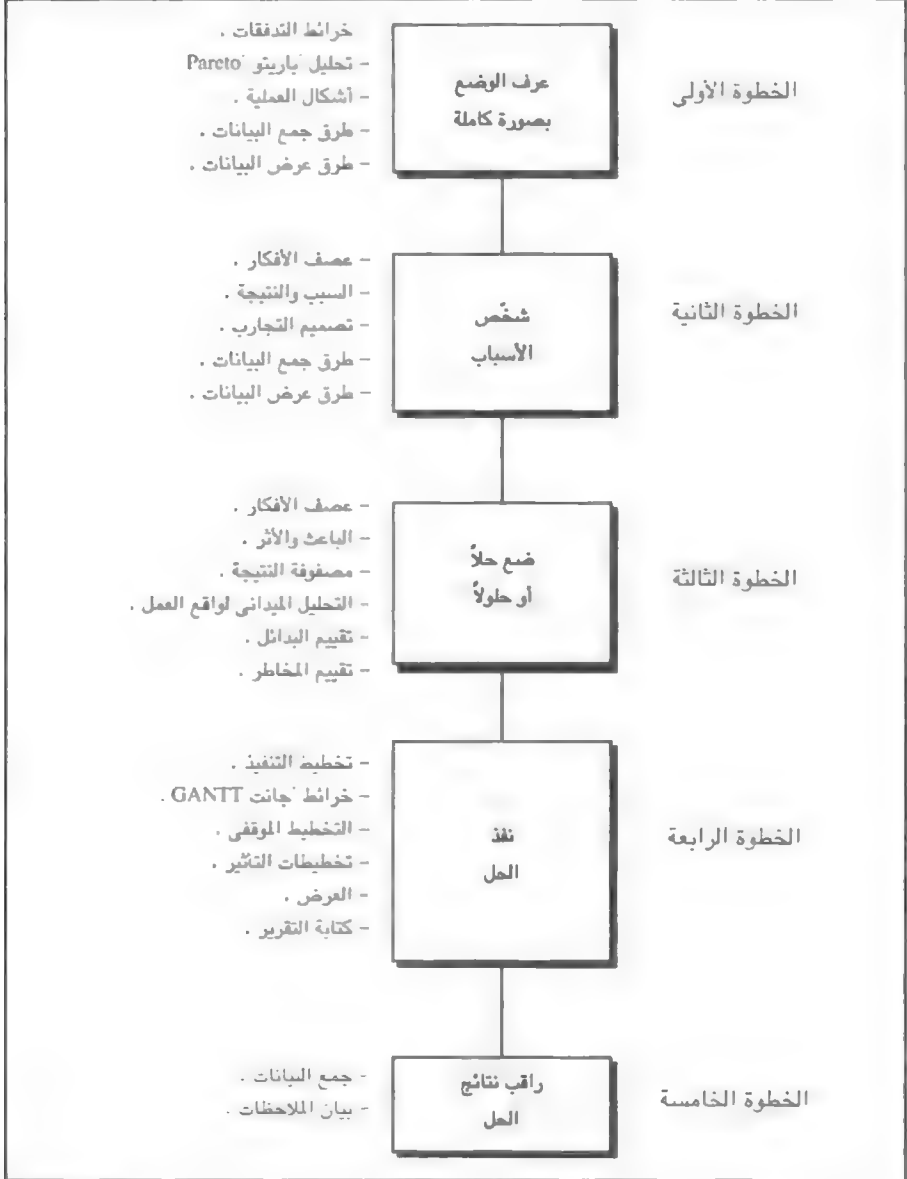
الشكل رقم (٨-١٠) : أسلوب نظامي لحل المشكلة



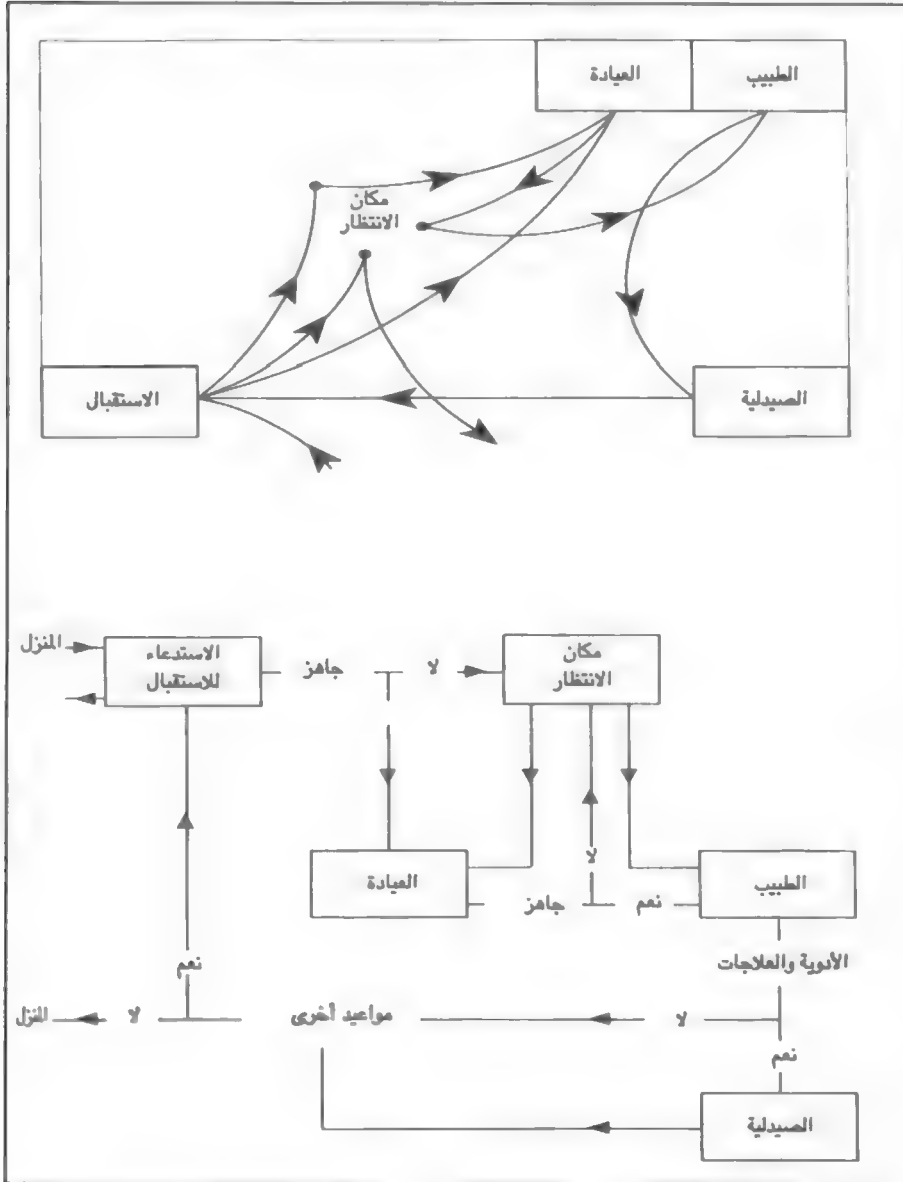
الشكل رقم (٨-١١) : أدوات ووسائل وتقنيات تحسين الجودة

الحل النظامي للمشكلات	جمع البيانات
الأنظمة والعمليات	تصميم التجربة
خريطة تدفق العملية	عرض البيانات
عصف الأفكار	تحليل باريتو "PARETO"
تحليل السبب والنتيجة	تقييم الحلول
تخطيط المعلومات	تنفيذ التخطيط

الشكل رقم (٨-١٢) : أدوات حل المشكلة



الشكل رقم (٨-١٣) : خريطة تدفق العملية : تدفق العمل



الشكل رقم (٨-١٤) : تمرين رفع الأثقال

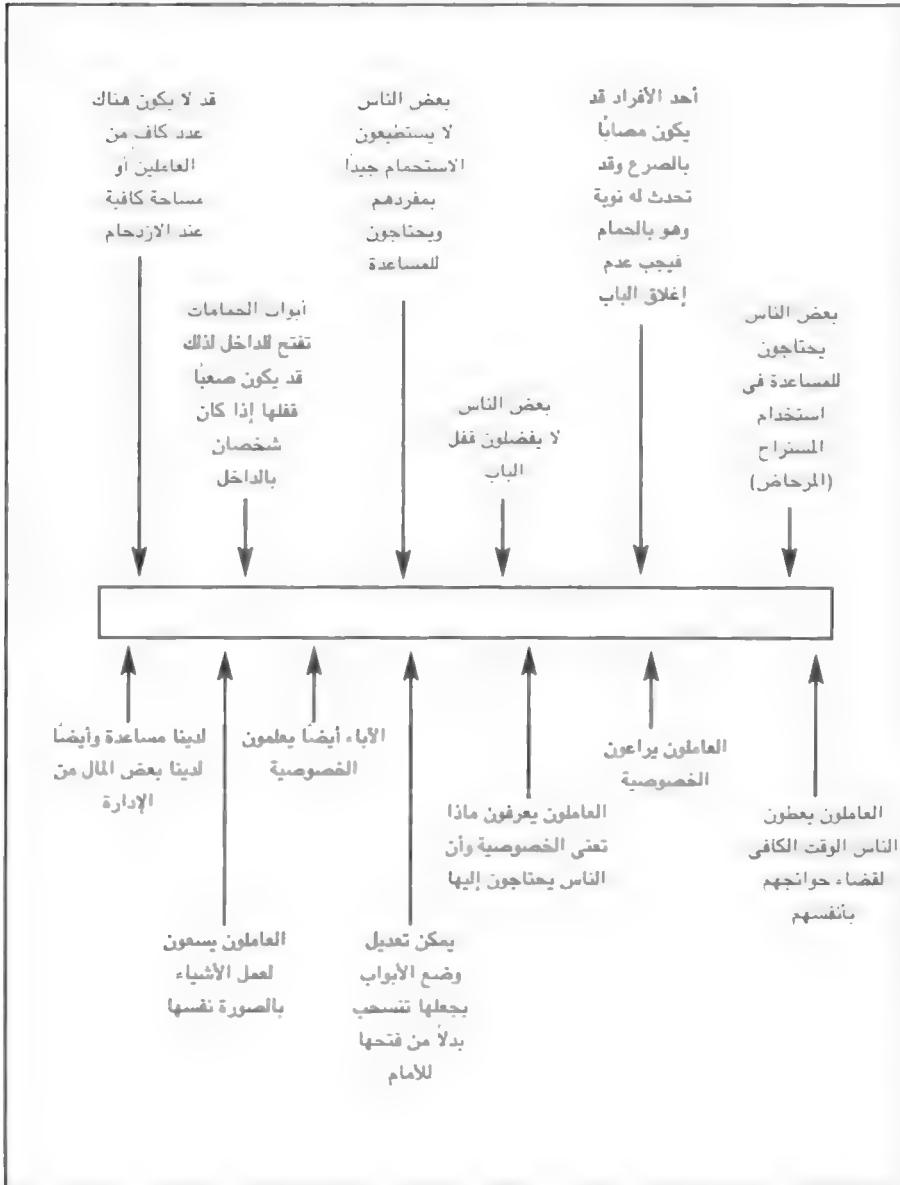
هذا التمرين سيساعدك في إعطاء صورة لمن يقفون مع التغيير أو ضده في منظمتك .

في منتصف الورقة اكتب الهدف . مثلاً : إنشاء مجموعة عمل فعالة للجودة في هذه الخدمة . فكر في القوى التي يمكن أن تكون ضد هذا الهدف (الأوزان) و اكتب هذه فوق الصندوق بالأسهم الضاغطة إلى أسفل . ويمكنك الترميز للقوى الأقوى بالأسهم الداكنة (الغليظة) . ثم فكر في القوى التي يمكن أن تساعد في تحقيق الهدف (القوى الرافعة) و اكتبها تحت الصندوق بالأسهم الضاغطة إلى أعلى .

عندما تحصل على صورة واضحة لما يجب عليك مواجهته ، فكر في وسائل لتقوية القوى الإيجابية وإضعاف القوى السلبية . وقد يساعد أيضاً إذا استطعت أن تعمل نفس هذا التمرين مع مجموعات أخرى من العاملين بالمنظمة أو بالخدمة .



الشكل رقم (٨-١٥) : مثال على تمرين رفع الأثقال



٥- القيادة والوفاء بمتطلبات المهارات الإدارية :

إن كل أعضاء فرق تحسين الجودة وخاصة قائد الفريق (المهين أو المنسق) يجب أن تكون لديهم مهارات شخصية تساعدهم لقيادة فريق تحسين الجودة وإدارة اجتماعاته . إن اجتماعات الفريق ستكون أكثر فاعلية إذا توفر للفريق ما يلي :

- مساهمة كل أعضائه شفاهة .
- النظر إلى إسهاماتهم على أنها مهمة وتدخل في صميم أعمال الفريق .
- أن يصب النقاش في صلب الموضوعات ويلتزم بها .
- استماع أعضاء الفريق لبعضهم بعضاً .
- أن يتم تلخيص وإيجاز كل تقدم يحرزه الفريق ويعرض على الأعضاء .
- إن فرق تحسين الجودة ستكون أكثر نجاحاً إذا استطاع قائد الفريق مساعدة الأعضاء للتركيز على ما يلي :
- الاتصالات الفعالة .
- حل المشكلات .
- الاستخدام الجيد للوقت المتاح للفريق .
- الرغبة في النجاح والتوجه العملي .
- وإذا كان الغرض هو استحداث أول جدول أعمال (أجندة) للفريق ، فإن المثال التالي يمكن أن يؤدي إلى تطوير نقاش مفيد :

" جدول أعمال مقترح :

مقدمات .

شرح معنى برنامج الجودة وما تقوم به مجموعات برنامج عمل الجودة .

ماذا يريد الناس ؟

- أهداف المجموعة .

تخطيط الاجتماعات :

من سيرأس الاجتماعات ؟

من سيتولى كتابة وقائع الاجتماعات وما يحدث فيها ؟

كيف يتم تسجيل/تدوين المعلومات وتعميمها ؟

القواعد والأحكام التي تنظم عمل المجموعة (ما تقوم به المجموعة ، وما لا توده المجموعة مثل التدخين أثناء الاجتماعات ، كيف يتم التوصل إلى القرارات ، وغيرها من الأمور) .

متى سيجتمع الفريق ؟ وما هو الوقت الذي يناسب الجميع ؟

راجع ما تمت مناقشته في الاجتماع وما تم إنجازه .

نبه أعضاء الفريق حول موعد الاجتماع القادم " .

إن جدول الأعمال اللاحق ، والذي يحبذ أن يكون غير رسمي ، يمكن أن يشمل التالي .

تحديث الإجراء السابق .

أى نقاش يتصل بهذا الإجراء السابق .

أى أعمال جديدة أخرى للنقاش (عدد محدود) .

مراجعة الإجراء والخطوات التالية .

موعد الاجتماع المقبل .

إن المذكرات الخاصة بالاجتماعات مهمة ، رغم أنها قد لا تكون أساسية ، ولكن يجب ألا تتحول اجتماعات فرق تحسين الجودة إلى نمط بيروقراطى آخر : إذ يجب أن

تكون ذات طابع مرح وتتجه نحو المنطلق العملي . إن أهم المذكرات تتضمن التالي :

الموضوع القضايا العمل/الإجراء المسؤولية (الشخص/التاريخ)

٦- تدريب أعضاء فريق تحسين الجودة :

من أهم أجزاء أى إستراتيجية للجودة التأكد من توافر التدريب وتقديم المساعدة لهؤلاء المختصين والعاملين فى فريق الجودة . ومن الأمثلة على برنامج تدريبى لمدة ثلاثة أيام مكون من يومين متتاليين ، ثم يتوقف لمدة ستة أسابيع ، ثم يكون هناك يوم تدريبى ثالث لكل أعضاء فريق تحسين الجودة كما يلى :

من الذى يجب أن يحضر ؟

إن ورش العمل يتم تنظيمها كجزء من إستراتيجية - نحو إدارة جودة شاملة - التى تتبناها الوحدة . والمستهدف منها أعضاء فرق تحسين الجودة (لكل خدمة وأيضاً فى مجال العقارات والممتلكات والخدمات المساندة) . والورشة الأولى ستكون لمدة يومين والثانية ليوم واحد . ويجب أن يتأكد المشاركون من أنهم سيحضرون أيام التدريب الثلاثة .

الهدف :

الهدف من عقد ورش العمل هو تطوير فهم دور فرق تحسين الجودة ، وكذلك تعريف المشاركين بوسائل دوائر أو حلقات الجودة .

ورشة العمل الأولى - اليوم الأول :

الساعة ١٠:٠٠ صباحاً	قهوة / الافتتاح والتقديم .
الساعة ١٠:١٠ صباحاً	تعارف أعضاء الفريق .
الساعة ١٠:٤٥ صباحاً	نبذة عن مفهوم إستراتيجية الجودة - نحو إدارة جودة شاملة - التى تتبناها الوحدة .

الساعة ١١:١٥ صباحاً أسباب استحداث فرق تحسين الجودة .

الساعة ١١:٤٥ صباحاً فرق تحسين الجودة - المهارات (الجزء الأول) : العمل معاً ، عصف الأفكار ، التعامل مع المشكلات من خلال مجموعات العمل ، جمع البيانات (الجزء الأول) .

الساعة ١٢:٤٥ بعد الظهر الغداء .

الساعة ١:٤٥ بعد الظهر تحليل وحل المشكلات .

الساعة ٢:٤٥ بعد الظهر متطلبات أو اشتراطات البدء فى حلقات الجودة .

الساعة ٣:٣٠ بعد الظهر تناول الشاي ونهاية الجلسة الأولى .

ورشة العمل الأولى - اليوم الثانى :

الساعة ١٠ صباحاً قهوة / عرض الطول للإدارة .

الساعة ١١ صباحاً منح صلاحيات للعاملين .

الساعة ١١:٤٥ صباحاً اجتماع للمناقشة والنقاش .

الساعة ١٢:٤٥ بعد الظهر الغداء .

الساعة ١:٤٥ بعد الظهر تطبيقات عملية لفرق تحسين الجودة/ حلقات الجودة الانطباع الأول . معلومات التطوير والتحسين .

الساعة ٢:٤٥ بعد الظهر التخطيط العملى لورشة العمل الثانية .

الساعة ٣:٣٠ بعد الظهر تناول الشاي ونهاية ورشة العمل .

ورشة العمل الثانية - اليوم الثالث :

الساعة ١٠ صباحاً قهوة / تغذية مرتدة حول تجربة فرق تحسين الجودة / وحلقات الجودة .

الساعة ١١ صباحاً المشكلات التى تم تحديدها فى نطاق كل خدمة .

الساعة ١٢ ظهراً جمع البيانات (الجزء الثانى) : المهارات والوسائل الأخرى المتقدمة .

الساعة ١٢:٤٥ بعد الظهر الغداء .

الساعة ١:٤٥ بعد الظهر فرق تحسين الجودة - (الجزء الثانى) : العلاقات المتبادلة بين أعضاء الفريق .

الساعة ٢:٣٠ بعد الظهر فوائد فرق تحسين الجودة / وحلقات الجودة .

الساعة ٣:١٥ بعد الظهر ما هى الخطوات التالية / مزايا التدريب الإضافى .

الساعة ٣:٣٠ بعد الظهر تناول الشاي .

الساعة ٣:٤٥ بعد الظهر التقييم ونهاية ورشة العمل .

٧- آليات الاتصال :

هذا الموضوع مثير للاهتمام . أولاً من الذى ينشئ فرق تحسين الجودة ؟ بعض الأحيان تقوم هذه الفرق بصورة مفاجئة أو غير مرئية ، مثلاً على المستوى العملى قد تبرز حاجة تتم مقابقتها عن طريق العاملين على هذا المستوى . ولكن هذه الفرق بصورة عامة تكون جزءاً من عمل على مستوى الوحدة ، ويتولى إدارتها المشرفون الأعلون على إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة . وهذا يتضح من الكلمة تحت المراقبة كما هو الحال فى النسخة المعدلة التى تعنى أن نتائج هذا التعديل يجب أن يتم إبلاغها أو توصيلها بصورة ما/وليس عكسها مرة أخرى للمديرين التنفيذيين . واعتماداً على ما يحسون به من قوة يمارسونها على هذه النتائج (الحقيقية منها أو المخطئة) يجب ألا يتم التركيز عليها ، وبذات القدر فإنه إذا كان التعديل فاعلاً : فعلى المديرين عدم ممارسة الرقابة سواء كانت جزئية أو غير ذلك .

٨- التغلب على (أو مواجهة) الصعاب :

إن أبرز المعوقات التي تواجه فرق تحسين الجودة تتلخص في التالي :

- عدم توفر الوقت الكافي للاجتماعات : وهذه مشكلة حقيقية للعاملين المشغولين ، كما تمثل ممانعة غير إرادية حتى في أوساط المتطوعين والناشطين من العاملين . إن بعض الحلول للتغلب على هذه العقبة قد يكون في عقد اجتماعات قصيرة لمدة ساعة بدلاً من اجتماعات مطولة يضيع بينها زمن طويل .

- العضوية ومنهم مجموعات العاملين : لقد لوحظ أن عضوية فرق تحسين الجودة يمكنها أن تعكس بعض مشاكل العاملين الدائمة . مثلاً غياب مدخلات العاملين في المجال الطبي والخدمات المساندة . ومن المهم استخدام طريقة فرق تحسين الجودة لضم هذه المجموعات المبعدة ، حتى ولو للاجتماعات العملية أو عند مناقشة مواضيع تهمهم .

- أسلوب استعمال مفردات نحن و هم في اللغة : من الاختبارات الشخصية لمعرفة شمولية تضامن فريق تحسين الجودة ومعرفة مدى استخدام أفراد الفريق لمفردات مثل هم في النقاش . وهذا يدل ، ضمناً ، على حكم مسبق على مجموعتهم - التي يمكن أن توصف - لو أنهم جميعاً كذلك - بأنها مجموعة غير مفيدة وغير جديرة مطلقاً . وهذا التوجه يعوق النقاش المخلص الأمين للمشكلات ، كما يعرقل الاتصالات بين الأفراد .

- غياب التوجه العملي : إن المقابل للانحياز نحو التوجه العملي الذي تكرر الحديث عنه يمكن أن يعوق أداء فرق تحسين الجودة والمجموعات الأخرى أيضاً . إن بعض المشروعات المثيرة (مثل إدارة الجودة الشاملة وفرق تحسين الجودة) يمكن أن تتحول إلى عمليات لا تنتهي بون أن تحقق الأهداف المرجوة . ولا بد من إيجاد موازنة بين النتائج السطحية قصيرة المدى والنتائج العميقة طويلة المدى .

- الاتصالات الضعيفة : إن الأفكار والآراء الهدامة والتعطيل وحتى الوقاحة يمكن أن تؤثر في أحسن العاملين ؛ فيجب الحذر من كل هذا .

- أسلوب الإدارة العليا : أخذين فى الاعتبار أهمية فرق تحسين الجودة ، فلن يكون مثيراً للدهشة أن يكون من أوائل المعوقات التى يتوقع حدوثها متعلقة بالقلق والصعوبة فى تقبل المديرين التنفيذيين لسلطة فرق تحسين الجودة حول مشاكل ترتبط بالتعقيدات التى شغلت المديرين فى السابق .

إن إحدى مهنات أو منسقات فريق تحسين الجودة ذهبت لمديرها وطرحت الحل رقم ١ : حيث قابل المدير طرحها بقوله أه . لقد حاولنا ذلك من قبل / لست متأكدًا إذا كان هذا الحل سينجح .. / رجاءً ، عودى وحاولى البحث عن بدائل أخرى . ولم تكن هذه الاستجابة مشجعة .

إن أسلوب الإدارة العليا ينبغى أن يعزز نشاط فرق تحسين الجودة ومجهوداتها. إن الطول ذات النسب (٤٠/٦٠) تعتبر جزءاً من العملية المستمرة للبناء : بهدف تفويض الفريق الصلاحيات المناسبة للمسؤوليات المنوطة به .

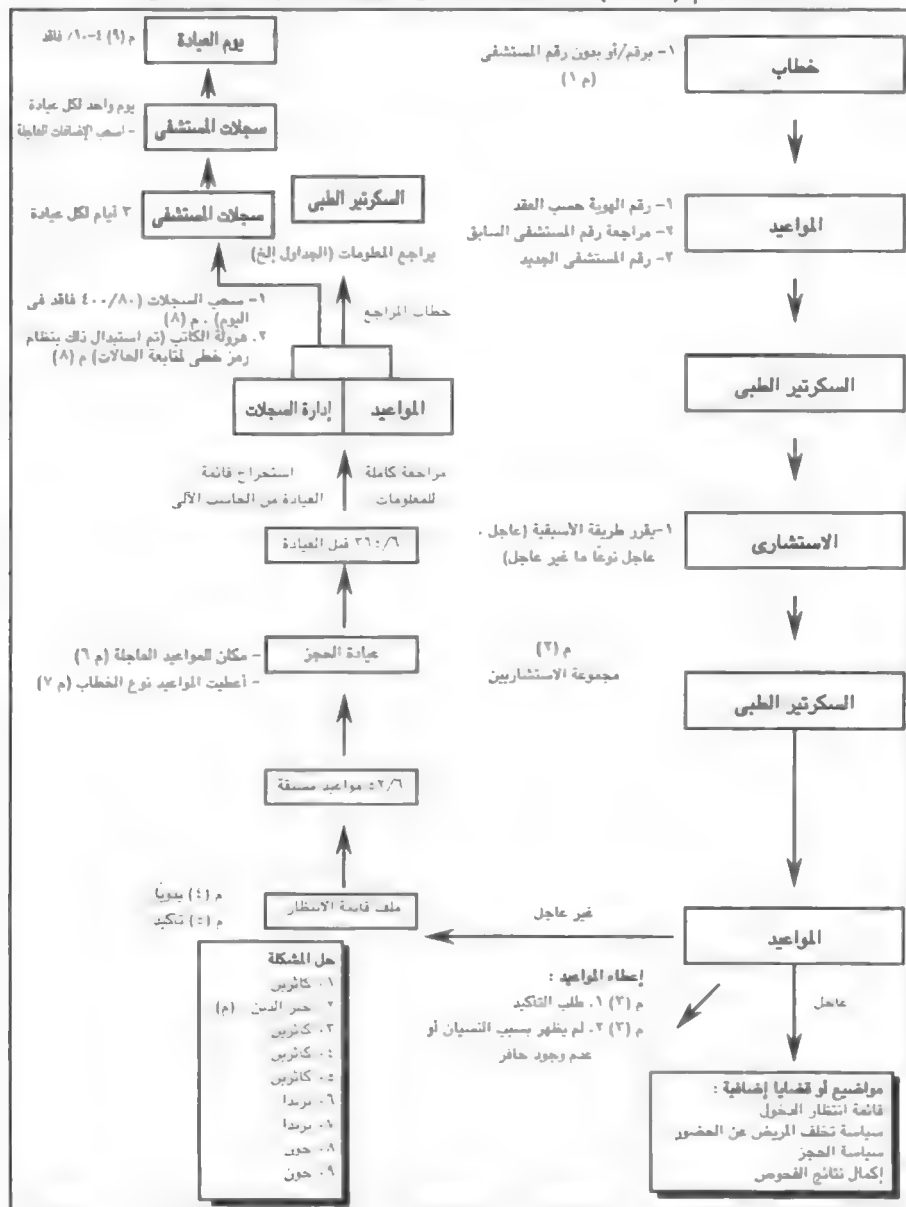
أمثلة عملية حول نشاط فريق تحسين الجودة :

كنتيجة للخبرات التى تراكمت لدى العديد من الوحدات فى إنشاء فرق تحسين الجودة ودعمها : يمكن استنباط العديد من الأمثلة حول أنشطة الجودة التى نوردتها فيما يلى مع بعض الإيضاحات :

١- مجموعة تحسين جودة السجلات الصحية :

تضم هذه المجموعة عاملين فى المستوى الوظيفى المتوسط من الأقسام الأربعة التى تتشكل منها وحدة السجلات الصحية . ومن هؤلاء : السكرتير الضبى ، وكاتب الجناح ، وكاتب مكتب المواعيد ، وأمين المكتبة الطبية ، بالإضافة إلى مدير الوحدة . وهؤلاء الأعضاء يشكلون مجموعة وليس فريقاً . كما توحى الأحرف الأولى لكلمة فريق تحسين جودة الوحدة Q(U)IT التى تعنى ترك الأمر وعدم المثابرة والمواظبة . وقد عالجت هذه المجموعة مشكلتين معقدتين - ترميز البيانات السريرية وإدارة قائمة الانتظار ، وعملها الورقى موضع فى الشكلين (٨-١٦) و (٨-١٧) ، كما أن نشرة أخبارها التالية لاجتماعها الأول سبق إيضاها فى الشكل (٨ - ٣) .

الشكل رقم (٨-١٦) : مجموعة تحسين جودة السجلات الصحية



الشكل رقم (٨-١٧) : ترميز البيانات السريرية



٢- مجموعة تحسين ممر المنحدر الأمامي :

نتيجة لشكاوى عديدة من المسؤولين في أحد المستشفيات العامة المركزية الكبيرة بالمدن حول ترتيب ومظهر (وليس نظافة) الممر الرئيسي (الشرياني) : تم تكوين مجموعة مؤقتة لتحسين الجودة ، ومذكرات أحد اجتماعاتها موضحة في التالي . بعد ثلاثة اجتماعات فإن الثلاث والعشرين مشكلة التي حددت قد تم حلها إلى حد كبير . وأصبحت مجموعة تحسين الجودة بلا عمل ! (طبعاً كمجموعة تحسين الجودة) .

ممر المنحدر الأمامي (أسفل - أعلى)

ملاحظات / اقتراحات للتحسين

عدد المداخل - ١٩

عدد لوحات الإعلانات - ١٤

- الأقسام (الإدارات) / الأشخاص المكلفون بلوحات الإعلانات عموماً عددهم كبير جداً .
اللوحات مثقبة وبحالة خربة جداً - هل تعدّ اللوحات المغطاة بالخيش تحسّيناً ؟
- السقف غير مستوٍ . الدهان يتقشر وبه شقوق . مادة أرتكس Artex قد تبدو أجمل .
- الحيطان - الدهان مشوه وخصوصاً أسفل الزوايا . ويبدو سيئاً خصوصاً الدهان ذا اللون البني الذي يشكل إزار الحيطان . الإزار المطاطي في الأماكن الأخرى يبدو - بالطبع - أفضل بكثير .
- الغطاء البلاستيكي غير موجود في أحد علب التوصيلات الكهربائية . تحتوي العلب على العديد من الأسلاك ، غير منظمة ، خطرة ، خارج قاعة الأمراض العصبية أيضاً .
- النوافذ كثير منها محطم ، أدوات تثبيتها ومقابضها إما محنية أو مكسورة . نوافذ الجناح بها آثار شريط لحام شفاف .
- آثار كفريات على الأرضية ، مشمع الأرضية ألوانه متعددة وغير متناسقة في بعض الأماكن .
- فتحات غطاء الأسلاك الكهربائية في الحيطان مهترنة ودهانها سيء جداً .
- الأبواب لونها أرجواني - أووه ! ألوان الأبواب مختلفة . لا يوجد تنسيق في الألوان .
- أنابيب غاز موضوعة في صناديق خشبية خارج قاعة الأمراض العصبية - مخاطر صحية ومن ناحية السلامة تحتاج إلى أداة إغلاق أو تخزين في منطقة القاعة .
- إطار خرطوم إطفاء الحريق بحالة سيئة جداً - إعادة طلاء أو بناء مناسب حوله .

- النوافذ متسخة بالقرب من المنظار الداخلى (لا يوجد مدخل للتنظيف) نافذة محطة فى الجناح ٦ المقابل .
- العلامات التى توضح المواقع حالياً من شرائح لونها برتقالى صارخ . هل يمكن الحصول على علامات ملائمة ؟
- علبه أسلاك كهربائية غير مغطاة أخرى بالقرب من قسم التخدير .
- الأبواب المطاطية بحالة وضعية جداً .
- أبواب معدنية قديمة جداً فى بعض الأجنحة ، طراز قديم غير جذاب .
- فجوة فى جدار الغرفة - كنبات خشبية يمكن تحسينها . منافض السجائر قديمة جداً وبالية . آلة حلوى " كيت كات " هل ما زالت مستخدمة ؟ تبدو قديمة جداً وغير مستخدمة .
- الحيطان والأبواب قرب محل بيع الصحف والمجلات متسخة جداً .
- الأبواب الموحدة ومقابضها الموحدة كذلك فى كل الممر من شأنها تحسين المنظر العام للممر .
- الممر الموصل الأعلى - الخرسانة مشققة وأثار ملصقات على الزجاج .
- فجوة عليا فى جدار الغرفة - هل جهاز الهاتف مستخدم ؟ إذا كان غير مستخدم ؛ فالمطلوب إزاحته من مكانه .
- أغطية مجارى التصريف ، بعضها لا يعمل ، قطع معادن ، ما حولها متسخ ، وهى عموماً غير مرتبة .

مذكرات اجتماع مجموعة تحسين الممر الأمامي المنحدر

الحاضرون : مديرة التمريض مدير الخدمات الفندقية
مدير الخدمات المساندة استشاري الإدارة

غرض المجموعة : النظر في الانطباع العام الذي يحدثه الممر من حيث : الديكور ، البنية ، مستوى الصيانة ، نقطة جمع أكياس النفايات ، وتحديد طرق التحسينات الواجب عملها .

هذا ، وقد استخدمت قائمة ملاحظات المسؤولين كأساس للمناقشة .

(١) الممر من حيث كونه نقطة لتجميع أكياس النفايات :

حدد ذلك كموضوع جوهرى ينبغى التصدى له . وقد تم النظر فى العديد من البدائل :

- حاويات خارج الجناح فى الممر .
- حاويات خارج الجناح فى منطقة بين كل جناح وآخر .
- المزيد من التوفيق بين زمن وضع الاكياس خارجاً لجمعها وزمن جمعها .
- عدد مرات الجمع .
- إعادة إدخال الشاحنات الكهربائية فى الممر .
- الاحتفاظ بأقفاص خارج أى جناح .
- المناولة الآلية .

تم الاتفاق على بحث فكرة وضع حاويات كبيرة بين كل ٢ أو ٣ أجنحة . وأن يحدد مدير الخدمات الفندقية العدد المطلوب والمواقع . إضافة إلى قيام مديرة التمريض بالحصول على تكلفة الحاويات والتكلفة المرتبطة بحاويات النظافة .

(٢) الديكور :

تم تكليف فريق فنى خاص لتقديم مقترحات لتحسين ديكور الممر . وهذا مايزال فى الانتظار .

وقد اتفق أن تكون الترتيبات الحالية لإعادة الديكور على أساس مجزأ . وفى الحقيقة لا توجد اعتمادات لإعادة ديكور الممر فى برنامج السنة المالية الجارية . وتبلغ إجمالى تكلفة تحسين ديكور الممر ١٦٠٠٠ جنيه .

(٣) الأرضية :

يستبدل غطاء الأرضية عندما يمكن تأمين التمويل اللازم وبالارتباط مع أعمال أخرى يتم تنفيذها فى الممر . وقد تم استبدال خمسة وسبعين متراً من غطاء أرضية الممر . وبقي (٢٢٥) متراً بحاجة إلى استبدال . عموماً الأرضية ليست فى حال سيئة .

(٤) استبدال النوافذ :

تجرى مديرية التمريض الترتيبات اللازمة مع مقاول لتقييم الحاجة لإصلاح / استبدال النوافذ فى الممر لتوفير أسباب السلامة .

(٥) زوائد الأسلاك الكهربائية :

على مديرية التمريض تقييم إزالتها / تشذيبها لتكون ملائمة .

(٦) حاويات الأوساخ/منافض السجائر :

يدرس مدير الخدمات الفندقية توفيرها ، ويحدد العدد المطلوب منها ، ومواقعها وتكلفتها.

(٧) النوافذ بالقرب من المنظار الداخلى ، والتي لا يمكن تنظيفها يتم إغلاقها بالطوب والأسمنت . وقد عهد إلى مديرية التمريض لتتولى هذه المهمة .

(٨) الإطارات (البراويز) حول خراطيم الإطفاء يتم إزالتها حالما يتأكد قرار عدم السماح للشاحنات الكهربائية بدخول الممر .

(٩) بعض الابواب المطاطية يتم استبدالها خلال برنامج أعمال السنة المالية الحالية .

(١٠) العلامات التي توضح المواقع يتم استبدالها بعلامات ملونة حسب المواصفات البريطانية .

(١١) استبدال أغطية المجارى يتم على أسس مستمرة .

(١٢) آلة البيع أعلى الممر يتم دراسة أمرها مع (WRVS) .

عند إجراء التحسينات في مختلف المجالات في الممر ، يصبح من المهم إطلاع العاملين عليها . نشرة أخبار المستشفى تعتبر وسيلة مناسبة لذلك . الاجتماع القادم للمجموعة سيعقد في :

٢- تكامل فرق تحسين الجودة بوحدة الرعاية الصحية في مجتمع " أيلسبرى Aylesbury مع هيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية :

نتيجة لتضمين أعمال فرق تحسين الجودة مع هيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية المنوط بها وضع إستراتيجية إدارة الجودة : تم تكوين عدد من فرق تحسين الجودة وجرى تدريب أعضائها على فنون عمل فرق تحسين الجودة - على الأقل فريق واحد في كل مجال مما يأتي :

إعادة التأهيل البدني .

العناية بالآلام وتخفيفها .

الصحة العقلية للبالغين .

الصحة العقلية للمسنين .

خدمات المجتمع العامة (تشمل مستشفى المجتمع) .

إعاقات التعلم .

ويوضح الشكل (٨- ١٨) سير عمل فريق تحسين الجودة . كما يوضح الشكلان (٨-١٩) و (٨-٢٠) نشرة تعريف المريض الجديد بالمستشفى التي تم توضيحها من قبل عند الحديث عن مشروع مستشفى المجتمع . وقد تم استخدامها فيما بعد كنموذج لكل فرق تحسين الجودة الأخرى لعمل نشراتهم التعريفية الخاصة بهم .

سير فرق تحسين الجودة - يونيو ١٩٩٢م

۳۹۹

الشكل رقم (٨ - ١٩) : النشرة التعريفية لمستشفى "باكينفهام"

هيئة أو مجلس مجتمع "أليسبرى" للرعاية الصحية
نظام الخدمة الصحية الوطنية
مستشفى "باكينفهام"
هاى ستريت ، باكينفهام م ك ١١٨ ن يو
هاتف : ٢٨٠.٨١٣٢٤٣



نعمل معاً
من أجل الصحة

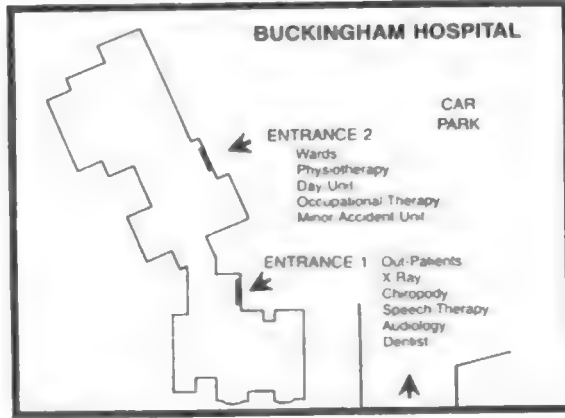
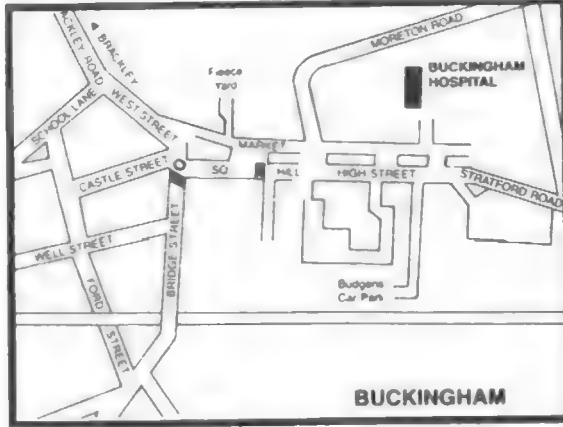
٢٨٠.	٨٢٣٩٨٣	الأشعة
٢٨٠.	٨٢٢٦٣٤	العلاج المهني (الوظيفة)
٢٨٠.	٨١٢٦٦٢	علاج النطق
٢٨٠.	٨١٣.٢٣	الأسنان
٢٨٠.	٨١٢٣٤٢	العلاج الطبيعي
٢٨٠.	٨١٣.٦٢	وحدة "جون هامبدن" John Hampden

من ٩ صباحاً إلى ٥ مساء	وحدة الاستقبال
من ٩ صباحاً إلى ٥ مساء	العيادات الخارجية
الفترة الأولى من ٢-٤ من بعد الظهر	زيادة المرضى :
الفترة الثانية من ٧-٣٠ : ٨ مساء	

وحدة استقبال الحوادث البسيطة مفتوحة على مدار ٢٤ الساعة

يوجد طبيب تحت الطلب للحوادث الصغيرة فى جميع الأوقات

تابع - الشكل رقم (٨ - ١٩) : النشرة التعريفية لمستشفى 'باكينغهام'



الشكل رقم (٨-٢٠)

مرحباً بكم في مستشفى "باكينغهام" Buckingham

يقدم المستشفى خدمات التنويم للمرضى المحولين من الممارسين العاميين بمنطقة باكينغهام . كما يقدم خدمات العيادات الخارجية لأفراد المجتمع المحلي . ويسعد العامل الإجابة عن أى استفسارات .

العاملون بالمستشفى :

جميع العاملين بالمستشفى يحملون بطاقات تعريف .

تسهيلات مواقف السيارات :

يرجى من الزوار والمرضى استخدام مواقف السيارات المتوفرة . ومن الضروري ترك المساحات المخصصة للإسعاف والأطباء .

الهاتف العمومي :

يوجد هاتف عمومي في مدخل العلاج الطبيعي .

الأموال والأشياء الثمينة :

لا تتحمل هيئة مجتمع أيلسبرى Aylesbury للرعاية الصحية (التابع لنظام الخدمة الصحية الوطنية) مسؤولية فقدان أو تلف الممتلكات الشخصية التي تترك في مباني المستشفى .

المواصلات العامة :

موقف الحافلات على مقربة من المستشفى .

الحرائق والسلامة :

نطلب مساعدة الزوار والمرضى لضمان اتباع الاحتياطات ضد الحريق بالمستشفى .

السياسات المتعلقة بالتدخين :

التشجيع على التدخين لا ينسجم مع بيئة المستشفى . ومع ذلك فإن المرضى النوميين الذين يرغبون في التدخين يمكنهم استعمال غرفة صغيرة واحدة .

رابطة أصدقاء مستشفى باكينغهام :

يمكن الحصول على المعلومات بشأن الانضمام لرابطة الأصدقاء والمتبرعين عن طريق الاتصال بالمستشفى .

الاقتراحات/الملاحظات/الشكاوى :

إذا كان لديك اقتراحات ، أو ملاحظات أو شكاوى ، يرجى الاتصال بالمرضة المسؤولة بالمستشفى على الهاتف (٠٢٨٠٨١٣٢٤٣) .

** وبدلاً من ذلك فإن مجلس صحة المجتمع يسعد بتقديم النصائح والمعلومات على الهاتف (٠٢٩٦٨٣٢٢٢) .

٤- فريق تحسين الجودة لوحدة الحوادث والطوارئ :

يتطابق إحداث فريق لتحسين الجودة فى وحدة الحوادث والطوارئ مع تطوير إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة ، وإعطاء اهتمام خاص لفرق تحسين الجودة فى وحدة الحوادث والطوارئ . وقد حدد الفريق المكوّن لهذه الوحدة فى بداية عمله عدداً من المشكلات كما هو موضح فى الشكل رقم (٨-٢١) كما يظهر الشكل (٨-٢٢) النتائج التى أسفر عنها الاجتماع الثانى لهذا الفريق .

الشكل رقم (٨-٢١) : المشكلات التى حلها فريق تحسين الجودة لوحدة الحوادث والطوارئ

القضايا / المشكلات التى حدثت :

- ١- فرز الإصابات حسب شدتها (أول يونيو) .
- ٢- التركيز على انسيابية الحركة فى المدخل الرئيسى للحوادث والطوارئ .
- ٣- إمكانية الدخول لخدمة الحوادث الأولية فى وحدة الحوادث والطوارئ (مثلاً : عيادة الكسور) .
- ٤- التركيز على الازدحام فى المدخل الرئيسى للحوادث والطوارئ .
- ٥- مخاطبة المرضى .
- ٦- مخاطبة الجمهور .
- ٧- جمع ومتابعة المعلومات :
- أ - أوقات الانتظار (النظر فيها وتقييمها) .
- ب - رضا المرضى عن الخدمة .
- ٨- تدريب عاملى الحوادث والطوارئ على مجال إدارة الجودة .
- ٩- تطوير مقاييس وضوابط مكتوبة مع ضمان الإشارة إلى حقوق ملكيتها الفكرية .
- ١٠- تدريب العاملين على تقييم فرز المرضى ومتابعة تدفقهم إلى وحدة الحوادث والطوارئ .
- ١١- وجود نماذج مختلفة للرعاية تشمل الممرضات الممارسات (أى من نوات الكفاءة المتميزة) .
- ١٢- مدى كفاية / انتشار أعضاء الهيئة الطبية فى الوحدة .
- ١٣- تعليم صغار أعضاء الهيئة الطبية فى الوحدة .
- ١٤- دراسة موضوع استطلاع آراء المرضى عن مستوى الخدمات المقدمة (أى عن طريق التغذية المرتدة) ، مثل آرائهم عن موقف السيارات .

الشكل رقم (٨ - ٢٢) النتائج التي أسفر عنها الاجتماع الثاني لفريق تحسين الجودة
الخاص بوحدة الحوادث والطوارئ

مجموعة تحسين الجودة بوحدة الحوادث والطوارئ	
الحاضرون : الاستشاري	فنى الضماد والتجيبس أو التجبير
كبييرة المرضاض	مهيئ أو مسهل أو منسق الجودة
السكرتيرة	مدير أعمال
السجلات الطبية	
١- تم تقديم نظرة عامة موجزة من قبل مسهل الجودة عن غرض تكوين مجموعة تحسين الجودة ومكافأة المجموعة .	
٢- تم تناول العضوية بمزيد من النقاش واقترح ضم متطوعين : ممرضة تحت التمرين وآخر من وحدة نقل المرضى . كبييرة المرضاض .	كبييرة المرضاض
٣- قدمت كبييرة المرضاض تقريراً عن تطبيق نظام فرز المرضى كبييرة المرضاض الوحدة لم تستلم - بعد لم يتم تعيين كل العاملين - لم يحدد تاريخ لبدء العمل - تم توزيع العديد من صفحات التوثيق . تصنيف أولوية التوثيق ستخضع لمزيد من النقاش خارج اجتماع المجموعة .	كبييرة المرضاض
٤- تدريب العاملين - اقترح تقديم تدريب قصير وحديث عن نظام فرز حالات المرضى للعاملين من نوى الخبرة ليعملوا فيما بعد كمرشدين لتطبيق نظام الفرز . إضافة إلى اقتراح عمل تدريب معمق للعاملين الجدد .	كبييرة المرضاض الاستشاري
٥- أعاد فنى التخصيص تنظيم غرفة الجص ومكان الانتظار . مما جعل كل المنطقة أكثر راحة وأمناً . توسيع المبادرة لتشمل غرفة الانتظار الرئيسية .	الاستشاري / مسهل الجودة
المدارس المحلية تقدم الأعمال الفنية اللازمة	
٦- الاستشاري - هاتف استعلامات الحوادث والطوارئ للمساعدة . مثلاً : هل زيارة الحوادث والطوارئ ضرورية ؟	مسهل الجودة
أرقام المساعدة المحلية ، ... إلخ .	
تحتاج إلى خط هاتفى خاص ربما تحت الإشراف .	
انتهى الاجتماع .	
٧- تاريخ وزمن الاجتماع القادم .	

ملحقان :

تحدث أشياء متنوعة ومثيرة للاهتمام فى أى مجموعة ليس أقلها فريق تحسين الجودة ! فقد حدث مثلان مسليان وجديان فى نفس الوقت . والمشترون إذا قرأوا هذا يعرفون أنفسهم لكن لا أحد غيرهم يستطيع !!

(أ) المحتوى : الصحة العقلية لكبار السن – المسألة الدقيقة للجولات فى أجنحة المستشفى :

كل أسبوع لدينا مرور على الجناح يبدأ متأخراً : نظراً لاضطرارنا لانتظار وصول استشارى الأمراض النفسية دكتور " جونز Jones . ويشترك فى هذه الجولة الأطباء والمرضات والمساعدون الطبيون . وهى فرصة للاستشارى ، كما يقول ، لمقابلة كل مريض لمدة خمس/عشر دقائق . وهى الفترة الوحيدة التى يراهم فيها .

وهى مسألة حساسة نوعاً ما ، وقد بدأنا تدريجياً فى الإحاطة بها وإدراكها :
مسهل عمل فريق تحسين الجودة : هل من المناسب رؤية المرضى فى جولة كهذه ؟
(الإجابة : لا) .

هل من المناسب أن تؤكد الممرضات على هذا الأسلوب ؟ (الإجابة : لا) .

مديرة خدمات التمريض : هل تريدنى أن أتحدث مع الاستشارى ؟ (الإجابة : نعم ، فضلاً) .

مسهل عمل فريق تحسين الجودة : قف – ألا تريدون (الفريق) مزيداً من الوقت لحل المسألة بأنفسكم ؟ (الإجابة : نعم – أعطنا أسبوعين وسنعالج المشكلة) .

بعد أسبوعين المشكلة حلت !!

(ب) فريق تحسين الجودة في مستشفى يتعامل مع الحالات الخطيرة :

العضوية : طبيب ، ممرضة ، مديرة التمريض ، مدير خدمات
المساندة ، مسهل الجودة ، مدير أعمال ، مستشار
الإدارة الخارجى .

الاجتماع الأول : الكل يخاطبون بعضهم بعضاً بالاسم الأول ما عدا
الاستشارى الذى ينادونه بالدكتور " س " . وعندما
أبدى كل من مستشار الإدارة (ينادى باسمه الأول
أيضاً) ومديرة التمريض والاستشارى ملاحظاتهم
تم الاتفاق على أنه من الملائم مناداة الاستشارى
"بالدكتور" .

قدرة الفريق على أن يكونوا : منفتحين .
أمناء (صادقين) .
مجادلين .
يعبرون عن أفكارهم . وقد تم إثارة ذلك ومناقشته .

بعد اجتماعين أصبح الكل ينادى بالاسم الأول .

الفصل التاسع

تلبية احتياجات العميل ومتطلباته

ينبغي أن تفكر في عملائك كشركاء لك ، أو على نحو أفضل كعائلتك
فيكتور كيام Victor Kiam ، الرئيس والمدير التنفيذي لشركة منتجات
رمنجتون Remington .

مقدمة :

عند التجوال في أى منظمة وطنية رئيسية ناجحة سواء انتمت لقطاع الصناعة أو لقطاع الخدمات ، يقابل المرء عادة ، وبصورة مباشرة ، عدة دلالات أو مؤشرات متنوعة ، تشير إلى مدى أهميته كعميل فيها . ويلاحظ هذا الأسلوب أو الأثر بشكل رئيسى عند زيارة كل من شركة (فيرجينز Virgins airlines) للخطوط الجوية ، أو مرآب أو أماكن إصلاح سيارات (مرسيدس بنز Mercedes Benz Garages) . أو محلات (ماركس وسبنسرز Marks and Spencers) وهذا الانطباع قد يصح أيضاً ، وبصورة مطردة فى أقسام عديدة من نظام الخدمة الصحية الوطنية فى بريطانيا. من هذا المنطلق ، يمكننا التساؤل عن ماهية المقومات الرئيسية التى ينبغى توافرها لتقديم خدمة جيدة للعميل فى وحدات الرعاية الصحية (رينولدس Reynolds) ١٩٩١م ، ويمكن تلخيص هذه المقومات فى الآتى :

١- تعريف واضح للعميل :

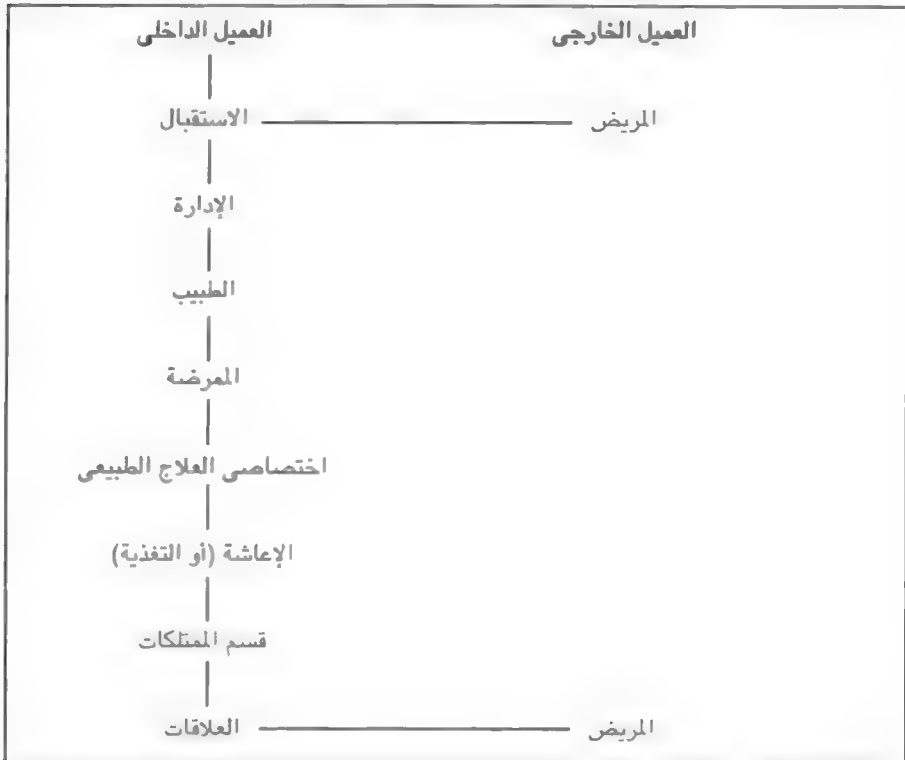
من الصعوبة بمكان تقديم الخدمة للعميل بشكلها الصحيح من المرة الأولى ، ما لم يكن المرء عالماً بالشخص أو الفئات التى ستقدم لهم الخدمة أصلاً . وفى مجال نظام الخدمة الصحية الوطنية ، ينبغى أن تتعامل وحدة الرعاية الصحية مع مفهوم العميل ذى الصور المتعددة ، حيث يكون عملاؤها فى الغالب هم :

- المرضى الحاليين والمرضى المحتملين مستقبلاً .

- الأقارب والزوار .
- السلطات المشتريّة .
- عملاء الأطباء الممارسين العامين - المخصص لهم اعتمادات مالية أو غير المخصص لهم ذلك .
- شركات وإدارات أخرى .
- العاملين بوحدة الرعاية الصحية نفسها .

فيما يتعلق بالمجموعتين الأولى والأخيرة من المرضى ، هناك حاجة للفهم الواضح لسلسلة العميل الخارجى والعميل الداخلى (انظر الشكل رقم ٩-١) .

الشكل رقم (٩-١) سلسلة العميل الخارجى/الداخلى



٢- تعريف خدمات العميل / سياسة الرعاية :

ضمن إطار أو هيكل بيئة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل ناجح ، تحتاج وحدة الرعاية الصحية إلى عقد العزم على تحديد مراميها وأهدافها بصورة واضحة ومحددة لتلبية احتياجات فئات عملائها المتعددين ، هذا إن لم يكن تخطى هذه الأهداف وتلك المرامي ، وذلك بإضفاء السعادة والسرور لعملائها المستفيدين من خدماتها المقدمة .

٢- تقدير احتياجات وتوقعات العميل :

يجب أن يضع كبار العاملين والمديرين والسريريين في الوحدة الصحية أصابعهم على نبض العملاء من حيث وقوفهم على رغباتهم بصفة مستمرة ، وذلك باستقصاء مرنيتهم عن الخدمات المقدمة لهم . ويقدر ما يعتقد العاملون أنهم يقدمون خدمة جيدة ، أو على مستوى عالٍ من الجودة لعملائهم ، ينبغي أن يكون لديهم الدافع القوي لتقدير احتياجاتهم وتوقعاتهم عن الخدمة المقدمة لاستكشاف المساحات أو الهنات الصغيرة التي قد تؤدي لانحدارها أو تخلفها . وفي هذا المجال ، يمكن اللجوء إلى استخدام مفهوم العملاء ذو الصور المتعددة لتقدير احتياجات العميل وتوقعاته السالفة الإشارة إليها .

٤- استراتيجيات التعاقد والخدمة :

قد يكون من الجدير ذكره ، أنه في حال تم وضع مقاييس واضحة للخدمات المقدمة بهدف مراقبة ومتابعة تنفيذها للمسائل المذكورة في الفقرات السابقة ، سوف يكون بالإمكان أن تُضمّن هذه المقاييس - بصورة متزايدة (مستقبلاً) - عند وضع عقود الشراء .

٥- معايير قياس رضا العميل :

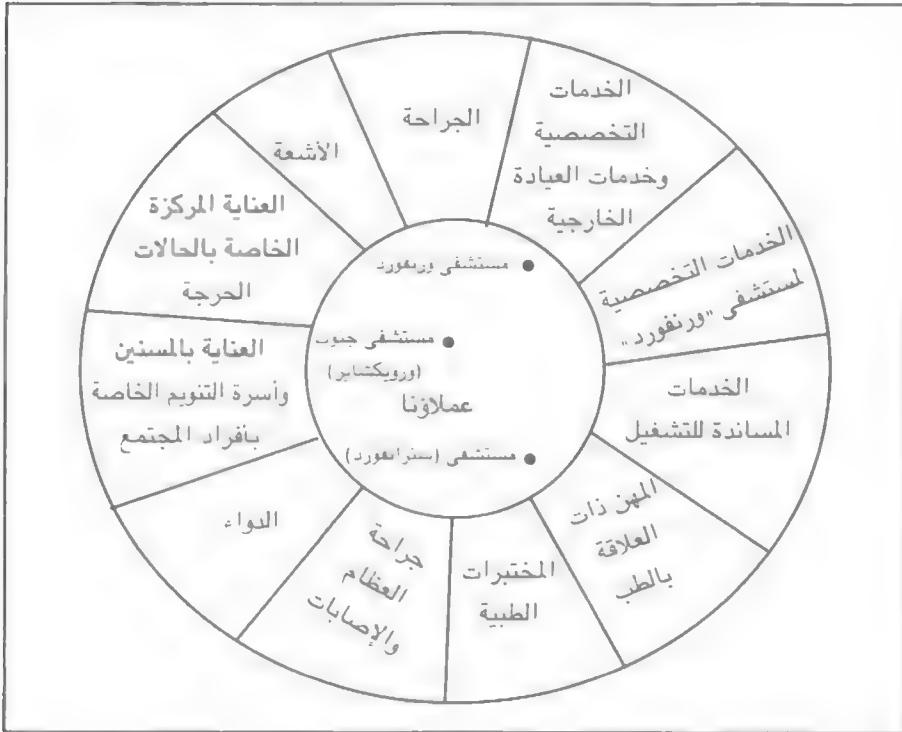
كما في أي جزء من أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، من المهم أن يتضمن هذا الأسلوب مقياساً أساسياً (أي ما يسمى بمقياس الخط القاعدي Baseline Measure) ، إضافة إلى مقاييس فصلية مستمرة ؛ لقياس رضا العميل حول كل خدمة رئيسية من الخدمات المقدمة ؛ إذ بدون اللجوء إلى تلك المقاييس ، فإنه حتى ولو توفرت النية الحسنة للمقوم حول جمعه المعلومات الداعمة (أو التغذية المرتدة) ذات الصلة الشخصية برضا عميله ، إلا أنه سيقلب عليها تحيزه الشخصي ، وعدم موضوعيته في تقييمه لرضا عميله ، ولن يكون لهذه المعلومات التي سيجمعها سوى ظرفها اليومي !

سؤال :

إلى أى مدى يوجد لدى وحدتك (لرعاية الصحية) خدمة (مستقلة) للمريض / العميل مستندة إلى المزايا الخمس المشار إليها سابقاً ؟

فى ضوء ما سبق ، ولضمان أن تفى المزايا السابقة بالجزء الكلى من إدارة الجودة الشاملة فيما يخص الاستجابة لرضا العميل : فإنه من الأهمية بمكان أن يؤدى ذلك إلى رد فعل جيد لجميع عملاء الوحدة الصحية الخارجيين والداخليين . وهذا الأمر قد تم الإشارة إليه ضمن إستراتيجية الجودة المرسومة من قبل وحدة (جنوب ورويك شايرز South Warwickshire's) للرعاية الصحية والتي يوضحها الشكل رقم (٩-٢) أدناه .

الشكل رقم (٩-٢) : إستراتيجية الجودة



وقبل الاستمرار في التحقيق أو الاستقصاء المتعمق الأكثر استجابة للعميل في نظام الخدمة الصحية الوطنية في بريطانيا ، يمكننا الاستفادة بصورة موجزة من بعض تجارب صناعات قطاعات الخدمات الأخرى حول جوانب الضعف أو الوهن فيها . فعلى سبيل المثال ، تشير الدراسة التي أجريت عن " مراقبة أداء قطاع (صناعة) السفر " ضمن السلسلة الأولى لدراسات " الهيئة التنفيذية لضمان جودة مركز تتابع الرحلات " ، والتي تم فيها استقصاء مرنيات (٤٠٠) مدير تنفيذي من مختلف شركات السفر في الولايات المتحدة الأمريكية حول جوانب الضعف التي تواجه عملائها ، تمحور الاستقصاء حول إجابة هؤلاء المديرين عن السؤال التالي : ما هي العناصر (أو العوامل) التي تعدونها أكثر أهمية عندما نأتي إلى موضوع رحلات العمل ؟ وقد تم تلخيص النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في الجدول رقم (٩-١) .

هذا ، ويُعد تحديد الثغرات أو النواقص التي يعبر عنها المسافرون عادة ضمن رحلات سفرهم ، إضافة إلى ملاحظاتهم الخاصة عن المكان الفعلي لانطلاق هذه الرحلات ، أمراً في غاية الأهمية ، فالملاحظ أن الثغرات السلبية تظهر - عادة - في خدمات شركات الخطوط الجوية : مما يبرز اهتماماً في قطاع السفر ، بأن تلك الشركات لا تقدم للمسافرين ما يتوقعونه منها فعلاً من خدمات ، وعلى ضوء ذلك ، يمكن الاسترشاد أو الاستئارة بالأسلوب المتبع في قطاع السفر : لتطبيقه ضمن نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وذلك باستخدام معايير ذات صلة بهذا النظام : بهدف تحديد الثغرات أو النواقص التي تعترى خدمات الرعاية الصحية المقدمة فيه ، مسترشدين في تحديدها بواقع توقعات مرضانا المعقولة لها .

على صعيد آخر ، يُظهر نموذج متقدم (Progressive Model) من أجل الاستجابة لرغبات واحتياجات العميل (أو العملاء) ، كما هو مبين في الشكل رقم (٩-٣) - التدرج في إيراد العناصر ذات الصلة بالاستجابة للعملاء ، بدءاً من عناصر ثقافة ومواقف العملاء حول الخدمات المقدمة ، ومروراً بالإصغاء إليهم ، وانتهاءً بالعمل على الاستجابة إلى ربود فعلهم السلوكية .

الجدول رقم (٩-١) : ملخص نتائج دراسة مراقبة أداء قطاع السفر في الولايات المتحدة الأمريكية حول جوانب الضعف التي تواجه عملائها أولاً - قطاع الطيران

البيان	الأهمية	الأداء	الفجوة أو النقص
الوصول في الوقت المحدد	٪٨٩	٪٣٩	٪٥٠-
إجراءات تسجيل بيانات المسافر	٪٧٥	٪٥٣	٪٢٢-
تسليم العفش الذي تم تفتيشه	٪٧٥	٪٣١	٪٤٤-
التحديد المسبق لمقعد (أو مقاعد) الجلوس	٪٧٥	٪٦٥	٪١٠-
الاهتمام بالعميل	٪٧٥	٪٤٠	٪٣٥-
تبديل الطائرات القديمة	٪٧٢	٪٢٦	٪٤٦-
عمل جداول رحلات مناسبة	٪٧٠	٪٤٧	٪٢٣-
لا يحجز فوق مستوى المقاعد المخصصة	٪٦٨	٪٣٣	٪٣٥-
موقع جلوس مريح (أو مقاعد مريحة)	٪٦٧	٪٣٤	٪٢٣-
حجرات نظيفة وجذابة	٪٦٠	٪٤٩	٪١١
صالة أو غرفة استراحة لمواصلة الرحلة	٪٥٩	٪٣٣	٪٢٦-
خدمة وبودة وكفؤ أثناء الطيران	٪٥٦	٪٤٨	٪٨-
اتسام برنامج رحلة الطائرة بالجودة	٪٣٥	٪٢٣	٪١٢-
اتسام خدمة الطعام أثناء الطيران بالجودة	٪٣١	٪٢١	٪١٠-

تابع - الجدول رقم (٩-١)

ثانياً - قطاع الفنادق

البيان	الأهمية	الآداء	الفجوة أو النقص
دقة حسابات الفواتير	٩١٪	٨٣٪	٨-٪
كفاءة تسجيل بيانات نزيل الفندق	٨٠٪	٥٥٪	٢٥-٪
أخذ رسائل يمكن الوثوق بصحتها في غياب نزيل الفندق وتوافر خدمة جيدة لإيقاظه (في حال طلبه)	٧٩٪	٧٦٪	٣-٪
الاهتمام بالعميل والعناية به	٧٧٪	٥٤٪	٢٣-٪
تسعيرة الغرفة في الفندق ذات طبيعة تنافسية	٧٢٪	٥٢٪	٢٠-٪
رسم معقول لخدمة الهاتف في الغرفة	٧٢٪	٣٧٪	٣٥-٪
سرعة إنهاء إجراء حساب الفندق عند المغادرة	٦٨٪	٦٣٪	٥-٪
غرف تتميز باتساعها وسحرها وجاذبيتها	٥٩٪	٥٥٪	٤-٪
خدمة فطور سريعة	٥٤٪	٤٨٪	٦-٪
توافر إضاءة جيدة ومساحة عمل فسيحة وكافية	٤٨٪	٥١٪	٣٪
توافر غرف لا يسمح فيها بالتدخين	٤٧٪	٤٩٪	٢٪
توافر برامج مستمرة للمسافرين تكون مدروسة ومتسمة بالجودة	٤١٪	٣٤٪	٧-٪
تسهيلات متعددة لوجبات العشاء وغرف الجلوس والاستراحة	٣٦٪	٥٤٪	١٨٪
خدمة الغرف الليلية	٢٤٪	٣٨٪	١٤٪

تابع - الجدول رقم (٩-١)
ثالثاً - قطاع تأجير السيارات

البيان	الأهمية	الأداء	الفجوة أو النقص
أن تكون السيارة بحالة ميكانيكية جيدة	٪٩٦	٪٧٥	٪٢١-
أن يكون حجزها وفق ترتيب منظم	٪٨٨	٪٧٧	٪١١-
أن تكون نظيفة	٪٧٦	٪٦٥	٪١١-
أن تعاد بعد استخدامها بسرعة إلى موقعها	٪٧١	٪٦١	٪١٠-
الاهتمام بالعميل والعناية به	٪٦٨	٪٤٧	٪٢١-
النقاط سريع للعملاء إلى مكان السيارة	٪٦٦	٪٤٧	٪١٩-
أن يكون مكان السيارة المراد استئجارها على بعد خطوات قصيرة	٪٦٠	٪٦٠	.
وجود سيارات لا يسمح فيها بالتدخين	٪٣٠	٪١١	٪١٩-
وجود برنامج مستمر يتميز بالجودة	٪٢٤	٪٣٤	٪١٠
أمكنة صناعة السيارات ونماذجها (أو طرازاتها)	٪٢٣	٪٥٣	٪٣٠

ملاحظة : تشير النسب المنوية إلى أولئك المديرين التنفيذيين الذين كان تقديرهم (٨ أو ٩ أو ١٠) على أساس مقياس الأهمية النسبية من (واحد إلى عشرة) . وقد تم تدوين نتائج الدراسة الخاصة بكل قطاع من القطاعات المذكورة . وتشير الفجوة السلبية إلى أن تقديم الخدمة المعنية غير مقابل لمعيار الأهمية ، في حين تشير الفجوة الإيجابية إلى أن تقديم الخدمة يتجاوز معيار الأهمية ، أو أن الخدمة تقدم عناصر معينة تفوق أو تتخطى المطلوب منها .

الشكل رقم (٩-٢) التجاوب مع العملاء

المسئولية تجاه العملاء	التجاوب مع وجهات نظر العملاء	زيادة استعداد (أو رفع جاهزية) العاملين لتمكينهم من استخلاص وجهات نظر العملاء			تنمية الوعي لدى العاملين وتحسين مواقفهم تجاه العملاء
		(ج) وجهات نظر العاملين	(ب) وجهات نظر المشتري	(أ) وجهات نظر المريض	

تنمية الوعي لدى العاملين وتحسين مواقفهم تجاه العملاء :

مع ازدياد المناقشة حول ما إذا كان ينبغي قياس مدى رضا العميل ، وكيف ينبغي أن يتم هذا القياس : يصبح واضحاً للعديد من العاملين في نظام الخدمة الصحية الوطنية أنه من غير المقبول أو المستساغ مساواة مفهومهم لتقدير احتياجات المريض المرتكز على خبرتهم المهنية مقارنة بوجهات نظر غير المتخصصين .

ومن الأمثلة الآخذة في الاتضاح ، على هذا الموقف ، ما يلي :

١- **الطبيب الاستشاري** : عندما ووجه بالمعلومات المرتدة من الممارس العام حول أسلوبه وأسلوب زملائه في تقديم الخدمة ، قرر أن وجهة نظره كانت هي الأكثر أهمية ، وهي النظرة السائدة والمنشرة إلى أقصى الحدود ، ولا تتسم بهذه السمة وجهة نظر الممارس العام ولا وجهة نظر المريض .

٢- كاتب الجناح (فى جناح ترمىض حالات جراحة العظام) : عندما ووجه بزوح المرىضة يزورها فى العاشرة والنصف صباحاً ، طلب إليه ، بانذب جم ، العوده فى السادسة مساءً : إذ كانت هناك ثلاث جولات فى ذلك اليوم أعطيت أولوية قبلها !

٣- الطبيبة النفسية : التى أوقفت سيارتها لأجل قصير (ساعتين) أمام المستشفى لكى تحضر مؤتمراً يستغرق النهار كله . وعندما شُجعت (وقت الغدا - !) على نقل سيارتها إلى حيز مجاور ، كانت لها الغلبة فى الحجة النهائية - إذ قالت : ومن غيرها أوقف سيارته هنا ؟ إنه المدير العام للوحدة !

٤- العميل الداخلى حساسٌ تجاه مدير الإعاشة (التموين الغذائى) : عندما تم إمتاع هذا بطعام شهى من قبل الممرضة العضو فى حلقة المسئولة عن الجودة . بسبب مشكلة ظاهرة ، وتلقى خدمة سريعة فى وقت الغداء ، أشار بقوله - هل يمكن أن يتفضل الزائرون بترك طاقم العاملين يقدم إليها الطعام أولاً !! واحتمل الزوار المساكين المزيد من هذا : إذ كان عليهم أن ينتقلوا إلى الورا بدلاً من التقدم إلى الامام فى الطابور .

ويترتب على إدارة الجودة الشاملة أن يتم تنفيذها بطريقة يتم بها تشجيع هيئة العاملين على الانتباه إلى مواقفها الخاصة والتزامها بالجودة بوجه عام ، وإلى مقدرتها على وضع العملاء فى مكان الأولوية ، على وجه الخصوص .

العمل على زيادة استجابة الموظفين لوجهات نظر العملاء :

وجهات نظر المرضى :

عندما يلتزم المرء بالتجاوب مع العملاء بأى طريقة تسمح بها الموارد ، فإن الخطوة التالية تتمثل فى انتهاز كل فرصة معقولة لاستكشاف ما يتوقعه جميع العملاء ويتطلبونه ، ومضاهاة هذا بما يتصورون أنهم يحصلون عليه ، ومضاهاته أيضاً بما تحسب هيئة العاملين أنها تقدمه .

وقد أُبلغَ عن دراسات شتى حول التغذية المرتدة عن المريض - ولم نلخص هنا إلا عدداً ضئيلاً ، لإيضاح أهمية وجهات نظر العملاء في الإعلام عن مقدّمى الخدمة .

١- أظهر الانطلاق على أساس ملاحظة إيجابية وهى مع ذلك ملاحظة تناقض رأى الطب النفسى التقليدى فى الانطلاق من مرتكزات عريضة وكشوف مؤقتة ، من مشروع كبير فى شمال شرقى التايمز (N E Thames) (١٩٩٢م) أن معظم المرضى العقلين الذين خرجوا من المستشفى لينتقلوا إلى رعاية المجتمع المحلى ، فضلوا منازلهم الجديدة والدرجة الأعلى من الاستقلال والحرية .

٢- إن مستعملى خدمة رعاية المجتمع ، فى اجتماع لتطوير الإستراتيجية ، فى لندن ، قاموا بإرباك الخبراء المهنيين بطلباتهم لتفويضهم ومنحهم سلطات ، مثل القدرة على التعبير عن آرائهم ومشاعرهم بطريقتهم الخاصة ، وأن يتم سؤالهم عما يحتاجون إليه ، لا أن يتم إخبارهم بما يحتاجون إليه ، وأن يُستمع إليهم ، لا أن يستشاروا حول حرمانهم من الحقوق .

٣- وفى دراسة لوجهات نظر المريض النفسى حول جوانب الرعاية التى يقدرها أعلى التقدير - شارما ت Sharma T (١٩٩٢م) كان من الواضح أن المرضى لم يكونوا مقتنعين بمنافع الطبيب النفسى أو مهتمين بالحوالات على الأجنحة ، أو المشاورات حول الحالة - وكانت وجهات نظرهم تختلف عن وجهات نظر هيئة التمريض . ومن الواضح أننا نحتاج - لكى نحسن جودة الرعاية - إلى النظر فى الأسباب التى تحمل المرضى على أن يتصوروا أن المداواة ذات التأثير النفسى غير مجدية .

٤- فى دراسة لجنة التدقيق (١٩٩١م) حول وجهات نظر المرضى عن جراحات اليوم الواحد : تبين أن المرضى كانوا يشعرون أن جراحات اليوم الواحد تؤدي إلى ما يلي :

- تماثل أسرع وأفضل للشفاء فى البيت .
- العودة إلى المنزل فى وقت أقرب (وهذا مهم بوجه خاص بالنسبة لآباء الأطفال الصغار) .
- ملاءمة استعمال الموارد الخاصة بالخدمة الصحية الوطنية .

وتضمنت وجهات النظر السلبية (١٥٪) ما يلي :

- الشعور بعدم الارتياح فى البيت .
- من غير الملائم الخروج من المستشفى فى هذا الأجل القريب (٢ إلى ٣ ساعات) بعد التخدير العام .
- المزاج العصبى فى المنزل ليلاً .
- العبء الذى يتحمله الشريك الآخر فى البيت من حيث كونه قائماً بالرعاية .
- ويحتفظ بالأقسام الثلاثة الأخيرة للمرضى الخصوصيين - وهم ثلاثة من المهنيين كانوا يستفيدون من الخدمة الصحية الوطنية لرعايتهم الخاصة أصروا على تسجيل وجهات نظرهم .

٥- " بهوبال ر Bhopal R أستاذ فى مبحث الأمراض أو الوبائيات (١٩٩٢م)

المشكلات : الوقت للحجز فى قسم العيادات الخارجية .

ساعة ونصف فى انتظار الاستشارة .

٦- الجناح ج (ممرضة) (١٩٩٢م)

المشكلات : تخفيف ضعيف للألم .

تموين غذائى ردىء .

ضجيج الممرضات فى الليل .

تعارض خطوط السلطة والمسؤولية بين أعضاء الهيئتين الطبية والتمريضية .

مواقف هيئة العاملين

٧- رام A Ram استشارى الاتصال (١٩٩٢م)

المشكلات : نقص المعلومات التمهيدية .

الإعداد الردىء للخروج .

عدم وجود مفتاح ضوء إلى جانب السرير .

عدم وجود تلفاز .

عدم وجود مفتاح لجرس استدعاء .

موقف هيئة العاملين .

عدم وجود علاقة كذلك التى تكون بين أعضاء الفريق الواحد .

وكل هذه الدراسات تؤكد الحاجة إلى استخراج المعلومات من العملاء فيما يتعلق بوجهات نظرهم ، ولكن كيف ينبغي القيام بهذا ؟

لقد استعرض ديكسون ب و كار- هيل Dixon P and Carr-Hill ، ١٩٨٩م ، فى كتابهما المهم ، حول عمليات مسح معلومات التغذية المرتدة من العميل ، طرائق مسح العميل ، أو المريض ، التى تنفذ على نطاق عام من قبل السلطات الصحية ، مع إلقاء الضوء بصفة خاصة على حسن الممارسة . ونظر هذا الكتاب فى عمليات مسح المريض الداخلى ، والخارجى ، ومرضى الحوادث وأقسام الطوارئ وعموم السكان . ونُحِيلُ القراء إلى هذا الكتاب من أجل المعلومات المفصلة . وتُظهِرُ فى الأشكال (٩-٩ - ٩-٩) تصاميم عديدة مختلفة (جزئية فحسب) لجمع المعلومات عن المرضى . كما تُظهِرُ التغيُّرُ فى التقديم المحتمل لهذه المعلومات .

الشكل رقم (٩-٤) : " كيف يفكر المرضى " ، وحدة الاستشارة للسياسة الصحية ،
 " شيفيلد Sheffield " ، " الوصول إلى المستشفى " الصفحة (٣) من (٤٣) صفحة
 شاملة بعنوان دليل الجودة مع تحليل كامل

الوصول إلى المستشفى	
نود أن نعرف ماذا حدث لك قبل إيدخالك إلى هذا الجناح هذه المرة .	
١- ما كيفية دخولك إلى المستشفى ؟	←
() دخلته مريضاً في حالة طوارئ .	
() تلقيت رسالة / أو اتصالاً هاتفياً يطلب إلى المجيء .	
() تمت إحالتى من قبل مستشفى آخر .	
ملاحظة هامة : إذا كنت غائباً عن الوعى عند الوصول إلى المستشفى ، فالرجاء الرجوع إلى الصفحة (٨) . وإذا كنت مريضاً في حالة إسعاف ، فالرجاء الرجوع إلى السؤال (٨) في الصفحة (٤) .	
٢- هل سمعيت إلى دخول المستشفى فى أول مرة طلب إليك فيها الحضور . أم رفض قبولك بسبب عدم وجود أسرة كافية ؟	←
() دخلت المستشفى فى المرة الاولى .	
() لم يسمح لى بالدخول فى المرة الاولى .	
٣- كم من الزمن ظلت على لائحة الانتظار قبل أن يسمح لك بدخول المستشفى هذه المرة ؟	←
() أقل من أسبوعين .	
() أسبوعين إلى أربعة .	
() شهراً إلى ثلاثة أشهر .	
() بين ثلاثة وستة أشهر .	
() بين ستة وتسعة أشهر .	
() بين تسعة أشهر وستة .	
() أكثر من عام (يرجى التحديد) :	
٤- كم مدة الإشعارات التى تلقيتها بصدد اليوم الفعلى الذى كان يفترض أن يسمح لك فيه بدخول المستشفى ؟	←
() ليس أكثر من ساعات قلائل .	
() يوماً أو اثنين .	
() ثلاثة أيام إلى أسبوع .	
() أكثر من أسبوع .	

الشكل رقم (٩-٥) : استبانة حول «تجربة المرضى فى جراحة اليوم الواحد»
من إعداد لجنة التدقيق ، مايو ١٩٩١م تحت عنوان :
معنى الجودة «وجهة نظر المرضى لجراحة اليوم الواحد»

تجارب المرضى فى الجراحة

أولاً نود أن نساك عما حدث قبل أن تدخل المستشفى :

- ١- هل تلقيت أية معلومات خطية أو مطبوعة عن علاجك قبل أن تدخل المستشفى ؟
الرجاء التأشير على واحد من هذين : ١ () نعم ٢ () لا
٢- هل شرح لك أحد كيفية علاجك قبل أن تدخل المستشفى ؟
الرجاء التأشير على واحد من هذين : ١ () نعم ٢ () لا

الآن ، نود أن نساك عن الوقت الذى قضيته فى المستشفى :

- ٣- ما هى العملية التى أجريت لك ؟ يمكنك أن تؤثر على أكثر من مربع واحد :
١- () إصلاح الفتق . ١١- () منظار للمثانة .
٢- () منظار المفصل . ١٢- () منظار لجوف البطن .
٣- () شق طيلة الأذن . ١٣- () الإعدام (للنساء) .
٤- () إزالة النتوءات الجلدية . ١٤- () استئصال الوعاء الناقل للحيوانات المنوية .
٥- () إزالة/استئصال التشققات الشرجية . ١٥- () إزالة إعتام عدسة العين .
٦- () إصلاح الكسر الأنفى . ١٦- () أخذ عينة من الثدي .
٧- () الختان . ١٧- () تحرير عصب النفق الرسغى .
٨- () إزالة العقد العصبية . ١٨- () إنهاء الحمل (الإجهاض) .
٩- () تثبيت الخصيتين غير النازلتين داخل كيس الصفن . ١٩- () التوسيع والكشط .
١٠- () جراحة نوالى الوريد . ٢٠- () كى عنق الرحم / أخذ عينة .
٢١- () عمليات أخرى (يرجى التحديد) :

٤- كم لبثت فى المستشفى ؟ يرجى التأشير على أحد المربعين :

- ١- () يوماً أو أقل . ٢- () ليلة أو أكثر .

الشكل رقم (٩-٧) : الوفاء بحاجات الخدمة : جودة الرعاية في CMHT

سرى

استبانة لدراسة استطلاعية عن الوفاء بحاجات الخدمة

جمع العينات من ثلاثة عملاء من مركز CMHT

الرجاء وضع إشارة على المربع المناسب ما لم تكن لديك تعليمات أخرى :

١- هل ترى حالياً أحد أعضاء الفريق ؟

نعم () كم شهراً ظللت ترى عضواً من الفريق ؟

لا () كم شهراً ظللت ترى عضواً من الفريق ؟

٢- كم أسبوعاً ظللت تنتظر ليتم أول اتصال لك بالفريق بعد أن قررتما ، أنت وظيفيك الممارس

العام ، الاتصال بالفريق ؟

إذا لم يسبق لك أبداً زيارة المركز فالرجاء الانتقال إلى السؤال رقم ٩

٣- هل واجهتك أية مشكلات في العثور على المركز ؟

نعم ()

لا ()

٤- إذا كنت قد آتيت إلى المركز بالسيارة ، فهل واجهتك مشكلة في العثور على مكان لوقوف

السيارة ؟

نعم ()

لا ()

٥- هل وجدت موظفي الاستقبال والأعضاء الآخرين في هيئة العاملين مستعدين للمساعدة عند

وصولك إلى المركز ؟

نعم ()

لا ()

* إذا كانت الإجابة بلا ، فهل تفضلت بتوضيح كيف يمكن أن يصبحوا أكثر تعاوناً ؟

الشكل رقم (٩-٨) : استبانة خاصة بالجودة للمستفيدين من الخدمة

فى المستشفى : «أيلسبرى فال»

أسئلة موجهة إلى المستفيدين من الخدمة

١- السماح بالدخول إلى المستشفى أو الوحدة :

١/١ عندما سمع لك بالدخول ، كم ظلت تنتظر قبل أن يأخذوك إلى الجناح ؟ الرجاء التأشير

- أقل من نصف ساعة ()
بين نصف ساعة وساعة ()
بين ساعة وساعتين ()
لا أتذكر ()

٢/١ هل بينك أحد على وجه التقريب كم ينبغي عليك أن تنتظر ؟

- نعم ()
لا ()
لا أتذكر ()

٣/١ هل كانت المرطبات متوافرة عند الحاجة إليها ؟

- نعم ()
لا ()
لا أتذكر ()

٤/١ هل حاول أى من أعضاء هيئة العاملين أن يبعث الطمأنينة فى نفسك بخصوص ما كان

- يحدث لك ؟ ()
نعم ()
لا ()

تعليقات

٥/١ أين تم إجراء حديث معك قبل الإذن لك بالدخول ؟

- فى مكان عام ()
فى مكان خاص ()
فى أماكن أخرى (الرجاء التحديد) ()
لا أتذكر ()

الشكل رقم (٩-٩) : سؤال في الرعاية الصحية : «أيلسبري فال Aylesbury Vale»

اتحاد «أيلسبري فال Aylesbury Vale» لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية في المجتمع المحلي

سؤال في الرعاية الصحية

نحن نهتم . هنا في اتحاد أيلسبري فال Aylesbury Vale « لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية في المجتمع المحلي ، بالخدمة التي تتلقاها ، ونريد التأكد من أن أي خدمة تتلقاها من قبلنا ، في كل حال ، وفي أي ظرف ، ستكون متسمة بالكفاءة والمودة وتلبي حاجاتك الشخصية . وسنكون ممتنين غاية الامتنان إذا قضيت لحظات قلائل في استيفاء هذه الاستبانة . وسوف نستعمل هذه المعلومات للتأكد من المحافظة على مستوياتنا العالية وتحسينها . ونشكر شكرياً جزيلاً .

ما هو تقديرك لحسن تلبيةنا لتوقعاتك ؟ (الرجاء وضع إشارة أمام المربع المناسب) :

ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()

عندما كتبنا إليك

- ١- وضوح الرسالة
- ٢- تهذيب الرسالة
- ٣- المعلومات الضرورية
- ٤- الشعور بإمكانية الاختيار

ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()

عند الوصول إلى المستشفى

- ٥- سهولة إيجاد موقف للسيارة
- ٦- العلامات الإرشادية لموقع الاستقبال
- ٧- مستوى تهذيب أو ترحيب هيئة العاملين

ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()

استقبال مرضى العيادات الخارجية

- ٨- سرعة تسجيل الأسماء
- ٩- مستوى الكياسة
- ١٠- مستوى الاستعداد للمساعدة
- ١١- التعامل مع الصعوبات
- ١٢- التسهيلات : (أ) المجلات
- ١٣- (ب) الشاي/القهوة .. إلخ
- ١٤- (ج) الهاتف

(تابع) الشكل رقم (٩-٩) :

ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً	عند الإخفال إلى المستشفى
()	()	()	()	()	١٥- الرعاية الشاملة من قبل :
()	()	()	()	()	(أ) الهيئة الطبية
()	()	()	()	()	١٦- (ب) هيئة التمريض
()	()	()	()	()	١٧- (ج) العاملون في الهيئات الأخرى
()	()	()	()	()	١٨- خدمات الإعاشة (التغذية)
()	()	()	()	()	١٩- النظافة
()	()	()	()	()	٢٠- المرافق والتسهيلات (مجلات ، هاتف ... إلخ) .

هل كانت هذه زيارتك الأولى إلى اتحاد «أيلسبرى فال Aylesbury Vale» لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية في المجتمع المحلي ؟

نعم () لا ()

هل يسعدك أن تعود إلى هنا إذا دعت الحاجة في المستقبل ؟

نعم () لا ()

هل يوجد بين أفراد هيئة العاملين عندنا من يستحق أن يذكر بوجه خاص ؟

ملاحظات أو تعليقات إضافية :

نشكرك على ملء هذه الاستبانة . ويرجى تسليمها إلى :

وهذه الأشكال جميعاً لها جوانب قوتها وضعفها ، وإلى حد ما فى إمكانية تطبيقها على أية وحدة . وعلى كل حال يوصى بالشكلين (٩-٤) و (٩-٩) لاعتبارات هامة . كما يوصى بالشكل (٩-٤) باعتباره أسلوباً شاملاً ، يمكن توجيهه من الخارج ، وهو فى الوقت ذاته أسلوب تحليلي مصحوب بتقرير كامل عن النتيجة ، ويتسم ، بناءً على ذلك ، بسهولة التشغيل . أما الأخير فيعد جدولاً داخلياً يمتاز بسهولة التوجيه وسرعته . من أجل التزود بنظرة شاملة للرقابة على أساس منتظم ربع سنوى .

وجهات نظر المشتري :

لقد أوضح المشترون فى سلطات المنطقة الصحية وجهات نظرهم حول جودة خدمات التوريد فى سلسلة العقود التى تصل إلى عام ١٩٩٢/١٩٩٣ - ولكن على نحو متغير . وكانت بعض وجهات النظر هذه توجيهية بدرجة عالية ، كما كان بعضها يدع الكثير من مواصفات الجودة لوحدة التوريد . وذهب بعضهم فى المعسكر التوجيهي إلى مدى وصف الكيفية التى ينوون بها رصد خدمات مقدمى الرعاية والحصول على معطيات إشباع حاجة العميل بأنفسهم .

وكانت معظم وحدات مقدمى الرعاية ووكالات الشراء تلتقى مع زملائها الممارسين العاميين (الذين يديرون صناديق الأموال والذين لا يديرونها) لتوكيد وجهات نظرهم حيال مقدمى الخدمات المحليين . ويجرى عرض مثل هذه المجموعة من وجهات النظر مصحوبة بجواب مدى استجابة وحدة مقدمى الخدمة لهذه الوجهات .

وفى مشروع بحث حديث اعتمد فيه على معلومات التغذية المرتدة المستمرة والمتبادلة بين المستشفيات والممارسين العاميين ، تساءل كينغ وكوفنتري - King and Coventry (١٩٩٢م) عن الموضوعات الرئيسية لمعلومات الإحالة التى تواجههما ، وعن المشكلات التى يتوقعونها فى المستقبل القريب . وفيما يلى عرض موجز بأهم ما توصل إليه هذا البحث :

الملاحظات والمشكلات الناجمة عن زيارات الممارسين العامين

مقدمة :

١- لقد تم القيام بزيارات لمعظم مراكز الجراحة خلال الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الأخيرة ضمن إطار فلسفة الوحدة الخاصة بتنمية روابط أوثق مع الممارسين العامين . وكان الغرض من هذه الزيارات ما يلي :

أ- تدعيم تنمية وحدة واحدة للتعامل مع الحالات الحادة .

ب- الحصول على وجهات نظر الممارسين العامين حول الخدمات التي يتم تقديمها من قبل مجموعة المستشفيات ، وتحديد مجالات المشكلات الخاصة والتماس وجهات النظر حول أولوية عمليات تطوير الخدمة .

ج- تحديد المعلومات المطلوبة .

د- الحصول على وجهات النظر فيما يتعلق بوضع إدارة صندوق للممارسين العامين .

تخصيص بواعث الاهتمام الرئيسية :

٢- كانت أكثر الملاحظات تواتراً على النحو التالي :

أ- بينما كان هناك بعض الشعور بالولاء للمستشفيات كان من الواضح تماماً أن الممارسين العامين سوف يحيلون المرضى على نحو مطرد إلى أماكن أخرى في الاختصاصات الرئيسية التي أشير إليها في الفقرة ٢ (ب) .

ب- كان مثار القلق حول فترات الانتظار بين خطاب الإحالة الأولى وموعد عرض المريض على العيادة التخصصية الخارجية في التخصصات التالية :

الاختصاص أ

الاختصاص ب

الاختصاص ج

ج- مثار القلق حول فترات الانتظار بالنسبة للمريض المنوم في الاختصاصات ذاتها .

د- الصعوبات المرتبطة بحالات إدخال طبية طارئة (بما فى ذلك إدخال كبار السن).
وتتعلق الملاحظات بعملية الحصول على معلومات حول توافر الأسرة ، والتوافر
الفعلى لها .

هـ- خطابات الخروج (إنهاء العلاج) كثيراً ما تكون غير مقروءة ، أو تحتوى على
معلومات غير كافية ، بما فى ذلك التشخيص السريرى .

و- التأخر فى إصدار ملخصات الخروج (إنهاء العلاج) وعدم وجود خطاب ملخص
الخروج على الإطلاق فى بعض الحالات .

٢- على حين سيكون من غير العملى تقديم صورة كاملة فى هذا التقرير الوجيز .
تضمنت الملاحظات الأخرى ما يلى :

أ- فترات الانتظار فى قسم الحوادث والإسعاف ، والتغطية الطبية من قبل كبار
الأطباء (المتخصصين) لهذا القسم تحت الطلب من الساعة التاسعة صباحاً إلى
الخامسة مساءً .

ب- أوقات الانتظار للعلاج الطبيعى - إمكانية مفتوحة بدرجة أكبر للحصول على
الخدمات المتاحة .

ج- إمكانية مفتوحة للحصول على خدمة تخطيط أو رسم القلب الكهربائى .

د- فترة انتظار طويلة لمعالجة أو مواجهة المشكلة أ .

هـ- فترة انتظار طويلة لزيارات المرضى الاستشارية فى العيادات الخارجية فى
الاختصاص (٧) .

و- فترة الانتظار لزيارات المرضى الاستشارية فى العيادات الخارجية فى
الاختصاص ص .

ز- تخفيض عدد زيارات حالات المتابعة بالعيادة الخارجية ، والتأكيد على موضوع
حالات المرضى الذين يتخلفون عن مواعيد حضورهم ، وما يترتب على ذلك من
هدر الموارد باهظة التكلفة .

ح- فترة الانتظار للوصول إلى خدمات المختبر .

ط- فرصة الوصول مباشرة إلى خدمة جراحية مناسبة .

- ى- إخطار الأطباء الممارسين العاميين عن الولادات بالهاتف .
- ك- لا يتم إبلاغ الممارسين العاميين دائماً بوفاة المريض .
- ل- تطوير خدمة إرسال عينات الفحوص المخبرية كجزء من خدمة السعاة .
- م- إنشاء أو تطوير روابط حاسوبية بين الممارسين العاميين والوحدة الصحية .

الإجراء المستقبلى :

- ٤- يمكن أن تقوم بعض الإدارات بمعالجة بعض النقاط بسرعة ، فى حين تكون النقاط الأخرى موضوعة فى جدول الأعمال ، للمناقشة مع المشترين ، وبخاصة فترات الانتظار فى الاختصاصات أرقام (١ ، ٢ ، ٣) .
- ٥- بالإضافة إلى الإجراء الذى يمكن اتخاذه خلال الأجل القصير ، فإن إستراتيجية الجودة وعملية تخطيط الأعمال سوف يتيحان الفرصة لوضع إستراتيجيات الخدمة ، للتغلب على أوجه النقص الخطيرة التى تواجه تقديم الخدمة بالصورة المطلوبة .
- ٦- من الضروري خفض فترات الانتظار وبخاصة للاستشارة الأولى بالعيادة الخارجية . إن القيام بتطبيق جودة الرعاية فيما بين مقدمى الرعاية الصحية ، وفى مسألة فترة الانتظار ، أصبح من العوامل الحاسمة التى تحدد مخطط نماذج التحويل الطبى .
- وهذا ما يلقي الضوء على الحاجة المتسعة فى المملكة المتحدة ، إلى ضرورة سعى المستشفى إلى الإسراع فى إعطاء تغذية مرتدة للممارس العام حول إحالة المريض ، على أن ما هو أهم من هذه القاعدة ، الطريقة المستخدمة فى هذه الدراسة لجمع هيئة العاملين هذه لتبادل وجهات النظر المختلفة فيما بينهم بصدد الخدمات التى يجرى تقديمها .

وجهات نظر هيئة العاملين :

تتوافر لدى هيئة العاملين ذاتها ، بحكم كونها تمثل المجموعة الثالثة من العملاء ، مفاهيم بالغة الأهمية وصالحة للعمل حول الصورة التى يجب أن تتخذها الخدمات التى يقدمها زملاء أعضاء الهيئة فى مستشفى أو وحدة خدمة المجتمع ، وكيف يمكن

تحسينها . ويرتكز تطوير علاقات الجودة الشاملة بين الخدمات أو مرافق الخدمة ، وبين المستفيدين من تلك الخدمة في هيئة العاملين على ما يلي :

- الحوار المنتظم .

- التثقيف والوعى فيما يتعلق بالخدمة المقدمة والمطلوبة .

- المتابعة أو المراقبة الصريحة والمشاركة للأداء .

- الحوار الجدى والبناء حول تحسين الجودة .

من ناحية أخرى تتميز القيمة المركزية في وضع العميل في مركز الصدارة بأهميتها فيما يتعلق بالعمل الداخلى ، وكذلك أيضاً بأهميتها فيما يتعلق بعمل المستشفى الخارجى . وتظهر في الأشكال (٩-١٠) إلى (٩-١٣) أربعة أمثلة من أمثلة استبانات المعلومات الخاصة بالعمل الداخلى .

أما المثال المعروض في الشكل (٩-١٣) ، والموضوع من قبل المؤلف مع زملائه في اتحاد الخدمة الصحية الوطنية للرعاية الصحية المجتمعية في " أيلسبرى فال Aylesbury Vale " ، فهو استبانة شاملة يمكن استخدامها من قبل أى دائرة أو قسم من أجل العرض المفصل الدقيق للرأى المستخرج من بوائر أو أقسام المستفيدين الأخرى . ويمكن حساب نتائجه بسهولة .

الشكل رقم (٩-١٠) : خدمة الممتلكات أو العقارات لكل هيئات العاملين الأخرى

إلى كل الأجنحة والأقسام

نحو جودة شاملة

الزميل العزيز :

لقد أشير إلى أن جودة خدمتنا يمكن تحسينها بالقياس إليكم معشر عملانا .
ولمساعدتنا في متابعة تقديم خدمة أفضل ، سنكون ممتنين إذا تفضلتم بالإجابة عن الأسئلة التالية :

١- هل واجهتم أية مشكلات فيما يتصل بخدمتنا ؟ () نعم () لا

إذا كان الجواب بالإيجاب فالرجاء إطلاعنا خطياً

٢- هل تعد خدمتنا بالنسبة إليكم ؟ () ممتازة () جيدة جداً () جيدة () رديئة

إذا كانت رديئة فهل يمكنكم بيان السبب ؟

٣- هل تتسم هيئة العاملين عندنا بالكفاءة والاستعداد للمساعدة ؟ () نعم () لا

إذا لم تكن كذلك فالرجاء إعطاء بعض الأمثلة .

٤- هل تتم الاستجابة لمقتضيات العمل الخاص بك خلال فترة زمنية معقولة ؟ () نعم () لا

إذا كان هذا لا يحدث فالرجاء ضرب الأمثلة .

يرجى إعادة هذا الاستبانة إلى قسم الأشغال . شاكرين لكم سلفاً تعاونكم معنا في هذا المسح .

المخلص

رئيس مسؤولى المبنى

مهندس أول (أو كبير المهندسين)

قسم الأشغال

قسم الأشغال

الشكل رقم (٩-١١) : من قسم إمدادات المنطقة لكل الأقسام الأخرى

قسم الإمداد - استبانة خدمة العميل			
الرجاء ذكر اسمك	اللقب	الوحدة	القسم
المستشفى			
<p>إن قسم الإمداد المتعلق بك ، والذي أنشئ حديثاً مسؤول عن تزويدك بخدمة إمداد شاملة . والرجاء أن تشير إلى وجهة نظرك فيما يتعلق بالخدمة التي تلقيتها بوضع إشارة على الخط المنقط بعلامة الضرب (×) حيثما وجدت ذلك مناسباً . والأسئلة من (١) إلى (٢١) تتعلق بقسم إمدادك ، والأسئلة (٢٢) إلى (٢٨) تتعلق بالمستودعات .</p>			
١- هل ترى أن قسم الإمداد يجيب عن استفساراتك الهاتفية فوراً :			
دائماً	أحياناً	بعد بعض التأخير	ببطء شديد
٢- عندما تتصل بقسم الإمداد هل تجد المسؤولين :			
مستعدين جداً للمساعدة	مستعدين للمساعدة	غير مستعدين للمساعدة	
٣- هل تجد الخدمة المقدمة عن طريق الهاتف :			
جيدة جداً	جيدة	متوسطة	رديئة
٤- هل يقومون دائماً بالرد على أسئلتك فيما بعد ، بالهاتف عندما يعدونك بذلك			
دائماً	أحياناً	لا يفعلون ذلك أبداً	
الطلاب من خارج المخزون (أي تلك التي لا يمكن الحصول عليها من المخازن)			
٥- عندما ترسل طلباتك إلى قسم الإمداد ، هل تجد أنها يتم النظر فيها :			
بسرعة بالغة	بسرعة	ببطء	ببطء بالغ

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

٦- عندما يرجع إليك قسم الإمداد بالاستفسار عن طريق الهاتف حول طلباتك من خارج المخزون هل يكون المسؤولون		
مستعدين جداً للمساعدة	مستعدين للمساعدة	غير مستعدين للمساعدة
٧- إذا كان لا بد من الذهاب طلبك إلى قسم المناقصات لاستدراج العروض ، هل تقدر التأخير الذي لا بد منه :		
نعم	لا	
٨- هل تجد مثل هذا التأخير معقولاً أم مفرطاً في الطول :		
معقولاً	مفرطاً في الطول	
٩- عندما يتم تقديم الطلبات تخصص نسخة لمنشى الطلب . فهل تحصل على نسخة :		
دائماً	أحياناً	لا تحصل عليها أبداً
١٠- عندما تطالب بطلب عاجل تم التقدم به ، هل تتم معالجة طلباتك :		
بسرعة	ببطء	ببطء شديد
١١- كم يبلغ تواتر اتصالاتك بقسم الإمداد .		
اتصال منتظم	غير متواتر	لا يحدث اتصال أبداً
١٢- كيف يتم القيام بأغلبية اتصالاتك :		
بالهاتف	بالمراسلة	بزيارة لقسم الإمداد

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

١٣- هل يرتبط اتصالك بما يلي :			
أ- استفسارات عن الطلب			
ب- استفسارات عن المخزون			
ج- حاجة إلى معلومات عن الإنتاج			
١٤- هل تجد الجواب الوارد من قسم الإمداد :			
جيداً جداً	جيداً	لا بأس به	سيئاً
١٥- هل حدث ، فى أى يوم من الأيام ، أن زارك عضو من هيئة العاملين فى الإمداد :			
نعم	لا		
١٦- هل تشعر أن زيارة من قبل هيئة العاملين فى الإمداد ستكون ذات عون لك :			
نعم	لا	لا أدرى	
١٧- كم يتواتر شعورك بأن زيارة من قبل هيئة العاملين فى الإمداد ستكون ذات عون لك :			
١٨- هل تشعر بأن ثمة نصيحة تم الحصول عليها من هيئة الإمداد أسهمت فى تحقيق وفّر مالى :			
نعم	لا		
١٩- هل سترحب إذا أتيحت لك فرصة سماع الحديث عن دور قسم الإمدادات :			
نعم	لا		
٢٠- كيف ستقدر مستوى خدمة الإمدادات الإجمالية المقدمة لك من قبل قسم الإمدادات :			
جيد جداً	جيد	لا بأس به	منخفض
٢١- أثير ، حسب نظام الأولويات (٣ ، ٢ ، ١) إلى ما تصبوا إليه فى السلع أو البضائع أو المستهلكات التى تحصل عليها قسم الإمدادات من أجلك :			

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

أ- السعر .
ب- الجودة
ج- الخدمة
الرجاء التعليق بالتفصيل فيما يتعلق بآية ملاحظات إضافية أو موسعة حول الخدمة المقدمة من قبل قسم إمدادك ، وبيان ماهية التحسينات التي تحب أن تراها :
المواد التي تم استلامها من المخازن :
٢٢- عندما تتصل بك هيئة العاملين باستفسارات حول مطالبك ، هل تجدها :
مستعدة جداً للمساعدة مستعدة للمساعدة غير مستعدة للمساعدة
٢٣- عندما تحتاج إلى إضافة بند إلى مطالبك أو تعديلها ، هل تجد هيئة العاملين :
مستعدة جداً للمساعدة مستعدة للمساعدة غير مستعدة للمساعدة
٢٤- عندما يكون لديك طلب عاجل لمواد من المخازن ، هل تجد هيئة العاملين :
سريعة التجاوب متوسطة السرعة في التجاوب بطيئة التجاوب
٢٥- عندما يكون لديك مطلب عاجل ، هل تجد تسليمه على النحو الذي تمت الموافقة عليه :
دائماً في معظم المرات في بعض الأحيان
٢٦- هل تسلم المخازن سلعك (أو موادك) في اليوم المتفق عليه
في كل مرة في معظم المرات ليس مراراً لم يحدث ذلك قط

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

٢٧- على مقياس من ١ إلى ١٠ (حيث يمثل الرقم ١ قولنا : غير مهم) بالقياس إليك . هل تعد

أ- معولية التسليم في اليوم المتفق عليه

ب- تواتر التسليم ...

ج- الوقت المستغرق بين تقديم الطلب والتسليم

د- توافر المخزون (لا يوجد حالات نفاد للمخزون)

هـ- عمليات التسليم في الحالات العاجلة أو الطارئة

٢٨- ما هو رأيك ، على وجه الإجمال ، في خدمة المخازن :

جيدة جداً جيدة متوسطة رديئة رديئة جداً

يرجى التحدث بالتفصيل عن أية ملاحظات إضافية أو موسعة ، حول الخدمة التي تتلقاها من المخازن ، مع بيان أية تحسينات تحب أن تراها .

مع الشكر الجزيل لمساعدتك . الرجاء انتزاع هذه الورقة وإعادة الاستمارة بعد استيفانها إلى مدير خدمات المنطقة .

الشكل رقم (٩-١٢) : خدمات السجلات الطبية

مجموعة مستشفيات ألتناجلفين
قسم السجلات الصحية
خدمات سجلات سليمة

يهتم قسم السجلات الصحية في مستشفى ألتناجلفين Altnajelvin بضمان تلبية احتياجات كل العملاء ، بما في ذلك عملائه الداخليين من الهيئات الطبية والتمريضية والطبية المساعدة . ولكي يتسنى رصد مدى حسن قيامنا بذلك سنكون ممتنين إذا تكرمت ببذل بضع لحظات من وقتكم لاستيفاء هذه الاستبانة وإعادتها إلى مدير خدمات المرضى خلال عشرة أيام من أيام العمل ، وسوف نستخدم معلومات التغذية المرتدة التي نحصل عليها لمحافظة على مستوياتنا هذه ، ولتحسينها .

شكراً

خدمات سجلات سليمة

ما هو مدى حسن تلبية احتياجاتك وتوقعاتك ؟ الرجاء وضع إشارة مع بيان ملاحظاتك أو تعليقاتك أدناه . وسوف تكون الملاحظات أو التعليقات ذات عون لنا بوجه خاص حيثما كنت تشعر بأن خدمتنا أقل من المستوى الجيد .

هل أنت من الهيئة : () الطبية () التمريضية () الطبية المساعدة

كيف تقيمون أداؤنا						
غير مألوف / لا أعلم	ممتاز	جيد	متوسط	رديء	رديء جداً	الملاحظات
<p>١- خدمات مرضى العيادات الخارجية :</p> <p>أ- كفاءة عملية الإحالة من قبل الممارس العام .</p> <p>ب- تنظيم المواعيد .</p> <p>ج- كفاءة توصيل المرضى بالجهة التي يريدون مخاطبتها هاتفياً .</p> <p>د- توافر ملفات كاملة عن حالات المرضى بما فيها تقارير صور الأشعة .</p> <p>هـ- التجاوب مع التغييرات .</p> <p>و- جودة خطابات ملخصات إدخال المريض .</p>						

(تابع) الشكل رقم (٩-١٢) :

كيف تقيمون أدائنا					
غير ملائم / لا نعم	متوسط	جيد	ممتاز	رائع	الملاحظات
<p>٢- خدمات المرضى المتومين :</p> <p>أ- كفاءة عملية حجز مواعيد الدخول .</p> <p>ب- كفاءة عملية الدخول عن طريق قسم الطوارئ .</p> <p>ج- كفاءة عملية إشعار مواعيد الدخول .</p> <p>د- توافر ملفات كاملة عن حالات المرضى بما فيها تقارير صور الأشعة .</p> <p>هـ- خدمة كاتب الجناح .</p> <p>٣- خدمات السكرتارية :</p> <p>أ- جودة العمل المنتج .</p> <p>ب- التجاوب مع الطلبات ذات الاتجاه الواحد .</p> <p>ج- كفاءة عملية إنهاء خطاب الخروج .</p> <p>د- كفاءة عملية ترميز البيانات السريرية .</p> <p>٤- قضايا العميل :</p> <p>أ- اللياقة والتعذيب تجاهك .</p> <p>ب- المظهر وأسلوب التقديم عند هيئة العاملين .</p>					
نشكرك على ملء هذه الاستبانة					

الشكل رقم (٩-١٣) : سؤال في خدمات الرعاية الصحية

اتحاد " أيلسبرى فال " للمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية فى المجتمع المحلى
سؤال فى خدمات الرعاية الصحية
ما هى نظرة زملائنا نحو خدمة ؟
إبريل ١٩٩٢م

يشتمل جزء من إدارة جودة خدمتنا على الكشف بصورة دورية ومنتظمة عن تصورات زملائنا فيما يتعلق بخدمتنا المقدمة إليهم .
الرجاء بذل بعض الوقت لاستيفاء هذه الاستبانة ، وسوف نستخدم هذه المعلومات لضمان الحفاظ على مستوانا العالى وتحسينه .
وشكرا جزيلا .
(توقيع رئيس القسم) :

الرجاء إعادة الاستبانة إلى (رئيس القسم)

إلى أى مدى يصل حسن تلبيةنا لحاجاتك وتوقعاتك ؟ (الرجاء وضع إشارة وذكر التعليق المناسب) .

كيف تقيمون آدانا							
لا يوافق لا ترى	معتد	حد	نوسم	رى	رى	ملاحظات إضافية	
							١-
							٢-
							٣-
							٤-
							٥-
							٦-
							٧-
							٨-
							٩-
							١٠-
							١١-
							١٢-
							١٣-
							١٤-
							١٥-

هل أنت من الهيئة
الطبية () التمريضية () الطبية المساعدة () غير السريرية ()

التجاوب مع وجهات نظر العميل :

فى هذه المرحلة من عملية التجاوب مع العميل توجد لدى هيئة العاملين مواقف معينة فيما يتصل بالخدمة الأولى للعميل وهيئة العاملين مستعدة لاستخلاص وجهات نظر العميل . ثم ماذا ... ؟

فى بعض الأحيان تتبنى هيئة العاملين ، عن وعى أو بدون وعى ، أنموذج جان بول سارتر Jean-Paul Sartre فى المسح الذى يتمثل بقوله - أنا سألت ، إذا أنا مهتم بالعمل ، وهذا يذكرنى بمرضى ضمن مجموعة علاجية كنت أتولى أمرها فى كارديف Cardiff فى فترة سابقة فى حياتى (١٩٨٤م) بصفتى أخصائياً نفسانياً - إذ دخل المريض حجرة المجموعة وسألنى هل يضيرنى أن يدخل - وحين واجهتنى المعضلة المألوفة تبينت نهجاً شخصياً فى الاستجابة وقلت : ما دمت قد سألت فانا أفضل ألا تدخن ... وأشعل السيجارة ... - وحين تولانى الدهول إلى حد ما انتظرت هنيهة ثم سألته : لماذا سألت ؟ فقال : أجل ، إن من التهذيب أن أسأل !!

وبعض العاملين يتصرف تصرفاً مماثلاً لهذا إلى حد ما من حيث كونهم يعرفون أنهم يفترض فيهم أن يسألوا المرضى عن وجهة نظرهم فى الخدمة ، ولكن لا يكاد يتم طلب المعلومات ، أو يتم جمعها حتى تكون العملية قد توقفت عند هذه النقطة .

والسؤال الرئيسى للاستفسار عن أية خدمة هو :

- ما الذى غيرته فى خدمتك على مدى الشهور الثلاثة الأخيرة نتيجة لمعلومات العميل ؟

ماذا ؟

ومن الأمثلة على المعاملات الكتابية (الديوانية) التى يمكنها أن تتنبأ بإجراء ما ، الآن أو فى وقت وشيك ما يرى فى الأشكال (٩-١٤) إلى (٩-٢٠) وهى تشرح نفسها بنفسها :

عمليات المسح والإجراءات من أجل تلبية رغبات (أو إرضاء) العميل					
المستشفى	الموقع أو المكان	المسح المستكمل	النتائج المتوافرة	الإجراء في المستشفى	الإجراء في الوحدة

الشكل رقم (٩-١٥) : زيادة أعداد الإحالة

ما هي الخطوات التي تحتاج وحدة خدمات الرعاية ذات الأولوية إلى اتخاذها للحصول على عدد أكبر من الإحالات في المستقبل ؟ (الرجاء وضع إشارة)					
الخطوة	غير مهمة	غير مهمة على الإطلاق	لا هي مهمة ولا هي غير مهمة	مهمة تماماً	مهمة جداً
وقت انتظار أكثر قصراً .	١	-	٣	١٦	١٨
تحسين السرعة التي يتم بها إرسال الخطابات .	-	-	٤	١٧	١٦
تحسين جودة المعلومات في الخطابات .	٢	-	٤	٢٤	٨
خدمة أكثر اتساماً بال شخصية .	٢	-	٥	١٨	١١
تحسين الآلية الخاصة بترتيب المواعيد .	١	-	١٣	٢٠	٥
تشجيع إنشاء روابط أوثق بين الاستشاريين وكبار المهنيين والممارسين العاميين .	-	١	٦	١٦	١٩
وجوب تحسين الخدمات الفندقية .	١	٢	١٣	١٤	٥
تحسين إمكانية الوصول البدني للمرضى .	٢	٢	١٤	١٧	١
تحسين جودة الرعاية .	١	١	٦	١٣	١٤
تحسين المعلومات المعطاة للمرضى الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل .	١	-	٣	٢١	١٢
تحسين ترتيبات ما بعد الرعاية (الرعاية اللاحقة) .	١	-	٦	١٧	١٢
تحسين الترتيبات من أجل المواعيد العاجلة غير القابلة للتأخير .	١	-	٦	١٢	١٧

الشكل رقم (٩-١٦) : الإبلاغ عن وجود مشكلات تتعلق بالإعاشة (أو التغذية)

مديرية خدمات المرضى	
الإبلاغ عن وجود مشكلات تتعلق بالإعاشة	
الجناح / القسم :	
تاريخ ووقت حدوث المشكلة :	
طبيعة المشكلة	
اسم مدير الإعاشة الذي تم إشعاره أو إبلاغه	
الإجراء المتخذ	
التوقيع :	
المرتبة	
الرجاء الإعادة إلى : الأنسة "أى. دى. I.D." مديرة ترميز أولى ، الطابق الأول ، مستشفى منطقة "ألتالجيلفين".	

الشكل رقم (٩-١٧) : نموذج من تقرير ضمان (أو توكيد) الجودة

تقرير ضمان الجودة لاجتماع مجلس إدارة الوحدة

١- القضايا البنية المستمرة :

١-١ توفير العمالة لهاتف حالات السكة القلبية :

يهتم مسؤول وحدة تأكيد الجودة بواجبات العاملين بالهاتف ، لضمان تمكنهم من أداء خدمة الإجابة المتواصلة على هاتف وحدة حالات السكة القلبية ، حتى عندما لا يكون هناك سوى عامل تشغيل واحد على رأس العمل .

لقد تم القيام بمسح تناول عطلة نهاية الأسبوع ، وكشفت النتائج عن أن الهاتف كان غير مزود بالعناصر العاملة على مدى فترة إجمالية قدرها (٥٩) دقيقة ، وكان النداء الهاتفي يظل قيد الانتظار دقيقتين إلى أن يكون عامل الهاتف قد عاد من زيارة لبورة المياه ، وطُرح اقتراح من قبل السيد م بإعادة تجهيز الحجرة المجاورة للوحة المفاتيح بحيث تكون منطقة بورة المياه / حوض الغسيل مزودة بتسهيلات تمكن من سماع صوت نداء حالات توقف القلب والإجابة عنها .

١-٢ شكوى من قبل السيد والسيدة ك حول نقص الوحدة المفردة المخصصة لتكون بورة

مياه للمعوقين ، للاستعمال من قبل الذكور والإناث في جرس استدعاء الهيئة الطبية

للمساعدة في إنقاذ حالات السكة القلبية في وحدة العيادات الخارجية .

ويترتب على مسؤول ضمان الجودة المشارك في مشروع مقترح من قبل السيد إس والسيدة آ ، تغيير دورات المياه المنفصلة للذكور والإناث التي تقع مقابل الصيدلية . وسوف يغبو هذا عندئذ بورة مياه مخصصة للمعوقين للاستعمال من قبل الذكور والإناث مع تحسين إمكانية الوصول إليها ، وإيجاد الأبواب العريضة ، وحوض الغسيل المنخفض ، والعدد الكافي من الأسيجة ، والصاق العلامات على الجدران .

١-٣ شكوى من السيدة هـ مفادها أنها أغمى عليها بسبب ارتفاع درجة الحرارة في العيادة

الخارجية ١° :

شارك في الشكوى مسؤول ضمان الجودة . وقد تم اقتراح المشروع . ويترتب على السيد ف أن يصمم نظاماً جديداً للتهوية وقنوات الصرف (يقوم مقام النظام القائم الآن) . وسوف يؤدي هذا إلى زيادة معدل التهوية ، وسوف تتحكم كل عيادة عندئذ في نظامها الخاص ، وستبلغ التكاليف الإجمالية لإدارة هذا العمل ٦٩.٠٠٠ + ٥.٠٠٠ جنيه في السنة نفقات تشغيلية جارية .

وسوف يشار إلى مناقشة النقاط ١، ٢، ٣ واتخاذ القرار بشأنها خلال اجتماع مجلس إدارة

الوحدة .

الشكل رقم (٩-١٨) : مسح أجنحة تنويم المرضى - الجناح ٢

مسح أجنحة تنويم المرضى - الجناح ٢

القضايا المطروحة :	خطة العمل :
١- المداخل إلى المستشفى صعبة على المعوقين .	- القيام بمراجعة دقيقة لخدمات البيئة في المستشفى .
إلصاق العلامات أو الشارات المؤدية إلى الجناح .	- رفع تقرير إلى مدير عام الوحدة .
صعوبة العثور على مكان لوقوف السيارة	
٢- أوقات الزيارة :	- المفاوضة المحلية مع الممرضة .
المطالبة أن تكون أطول في الأمسيات .	
زائران فقط للسريير (أى للمريض) .	
توفير حاجات الأطفال	
٣- الجناح :	
يحتاج إلى إعادة الديكور . ورفع المستوى .	- التعرف على ترتيبات التخطيط بالتنسيق مع السيدة "بى" .
تزويد الأسرة بأجهزة راديو وساعات .	
توفير غرفة نهائية للمرضى المدخنين وغير المدخنين .	
فترات الانتظار الطويلة عند الإدخال وفى اليوم السابق على إجراء العملية .	- دراسة جدوى الإمكانية العملية لعبادة ما قبل الإدخال : السيدة "بى" والآنسة "جى" .
عدم وجود مكان للاستحمام .	
حمام واحد للجناح .	
عدم وجود دورات مياه كافية .	- يجب معالجتها فى برنامج رفع مستوى الجناح : السيدة "بى" .

(تابع) الشكل رقم (٩-١٨) :

القضايا المطروحة :	خطة العمل :
عدم وجود مرفق لغسيل الشعر .	
الحاجة إلى موقع للحلاقة .	
الحاجة إلى مرآة .	
الحاجة إلى إضاءة أفضل في أماكن الغسيل .	
ضرورة وجود مرافق غسيل منفصلة عن دورات المياه	
٤- التواصل بين العناصر المتغيرة في هيئة العاملين .	- قضايا مهنية محلية .
المواقف ووجهات النظر بين العناصر المتغيرة في هيئة العاملين .	- مجموعة تدريبات لرعاية العملاء .
مستويات الضوضاء .	

الشكل رقم (٩-١٩) :

مسح لعملية التموين الغذائي (الإعاشة) - آذار (مارس) ١٩٩٠م

القضايا المطروحة :	خطة العمل :	المسؤولية :
١- الخضروات مطبوخة أكثر مما ينبغي .	مراجعة تقنيات أو إجراءات الطبخ .	AB
٢- المزيد من الأطعمة الصحية ، مثال : الخوخ .	تعزيز الأكل الصحي في بطاقات الوجبات .	MA
٣- اختلاف درجات حرارة الأطعمة .	مراقبة درجات حرارة الأطعمة	CD
٤- نسبة مئوية عالية من هدر الأطعمة المتبقية في الأطباق .	وجوب أن تكون اختيارات الوجبة ملائمة لحاجات المرضى .	HS
٥- السكاكين ليست نظيفة تماماً .	الرصد الدقيق وعمليات التفقد الفوري .	MA

الشكل رقم (٩-٢٠) : عيادة أمراض العين وجراحاتها بقسم العيادات الخارجية :

مسح للعميل ١٩٨٩م

خطا العمل :	القضايا المطروحة :
١- إعادة تنظيم المقاعد بحيث تغطي مجالاً للحد الأقصى من الكمية فى منطقة صغيرة .	١- المزيد من المقاعد والكراسى المريحة .
٢- تأمين كراسى ذات مساند عالية للظهر أكثر سهولة وراحة للمرضى المسنين .	
٣- توقع الحاجة إلى المزيد من الحجرات فى حالة انتقال عيادة الأنف والأذن والحنجرة إلى العيادات الخارجية. المناقشة مع السيدة بى .	
١- نقل مكتب الاستقبال والمكان المالحق به إلى مكان آخر . لاستخدام هذا الموقع على شكل منطقة للعب .	٢- الحاجة إلى منطقة للعب .
٢- تقوم الممرضة المسؤولة حالياً بشراء المزيد من الألعاب للقسم .	
١- الحاجة إلى إعادة الديكور وتنسيق النباتات .	٢- الديكور .
٢- للمناقشة مع السيدة بى لرفع مستوى القسم والارتقاء به .	
١- الحاجة إلى خط هاتفى مخصص لنداء سيارات الأجرة يكون تحت التصرف .	٤- الاعتماد على هيئة العاملين للاتصال الهاتفى من أجل تأمين سيارة أجرة تاكسى .

الشكاوى :

ما الذى نتعلمه من الشكاوى ؟ يمكن تجميع الشكاوى فى العادة وتحليلها إلى فئات على الشكل التالى :

- المسائل المتعلقة بالأداء والتصرف بين أعضاء :

- * الهيئة الطبية .
- * هيئة التمريض .
- * الهيئات الأخرى .

- المسائل المتعلقة بالاتصال مع أعضاء :

- * الهيئة الطبية .
- * هيئة التمريض .
- * الهيئات الأخرى .

- فترات الانتظار .

- الخدمات الفندقية .

- شكاوى أخرى .

وتشير خلاصة من تقرير لجنة الخدمات الصحية إلى الأنماط النوعية من الشكاوى الرئيسية التى تصل إلى مستوى كبار المسؤولين (وإن كانت ضئيلة العدد) . انظر الشكل رقم (٩-٢١) .

الشكل رقم (٩-٢١) : تقرير لجنة الخدمات الصحية

رقم الحالة المرجعي	محتويات التدريب	رقم الصفحة	الخلاصات النص الكامل
إنجلترا ٩٠-٨٩/٥٤٥ W.	أشكال من النقص في رعاية القابلة أثناء مخاض المريضة .	١	١١
٩٠-٨٩/٦٧٧ W.	العلاج والرعاية في قسم الحوادث (الإسعاف) والطوارئ .	٢	٢٠
٩١-٩٠/٢١ W.	نقص الدراية بالتعامل مع المسن في قسم الحوادث (الإسعاف) والطوارئ .	٢	٣١
٩١-٩٠/٢٣١ W.	أشكال من النقص في إخراج المرضى ، والعناية المنزلية ، والترتيبات الخاصة بالرعاية اللاحقة لصغار السن من المرضى .	٣	٢٨
٩١-٩٠/٣٨٠ W.	التأخير في معالجة إصابة حدثت في المستشفى .	٤	٤٨
٩١-٩٠/٤٣٨ W.	رفض إصدار النص الكامل لتقرير مراجعة متخصصة من قبل احترافي (Professional) مستقل .	٥	٥٤
٩١-٩٠/٤٥٢ W.	المراسلة حول شكوى تم حفظها في السجل الطبي للمريض .	٥	٦٢
٩١-٩٠/٤٥٩ W.	تقديم النصح لمريضة قبل الولادة .	٦	٦٦
٩١-٩٠/٥٠٨ W.	تصرفات فريق سيارة الإسعاف والاستجابة للشكوى .	٦	٧٣
٩١-٩٠/٥٩٠ W.	الاستجابة لطلب سيارة إسعاف في حالة طوارئ .	٧	٨٢
٩١-٩٠/٦٧٦ W.	إعادة معالجة في مستشفى لطب الأسنان .	٨	٨٩
٩١-٩٠/٨٢٩ W.	رسوم تخضع لقانون لوائح المرور الصادر عام ١٩٨٨ م .	٨	٩٣
٩١-٩٠/٤٧ SW	ترتيبات إخراج المرضى تمهيداً لإحالتهم إلى دار التمريض .	٩	٩٦
٩١-٩٠/٧٠ SW	أشكال من النقص في الإشراف والاتصال في جناح المخاض .	٩	١٠٢

ونستشهد بعلاج واحد لإحدى الشكاوى المذكورة سابقاً :

العلاج : اعتذر مدير إدارة المستشفى عن النقص التي استعرضتها ، ووافق على تذكير الهيئة الطبية بأهمية التحديد الدقيق لتاريخ وأوقات تدوين ملاحظاتهم السريرية ذات الصلة بحالات المرضى في سجلاتهم الصحية . وقد وافقت الهيئة المذكورة على الالتزام بذلك ، وأن تستمر الهيئة المسؤولة عن معالجة الشكاوى بصورة كاملة بتفهم ما يجب عمله وتحديد الأدوار التي ينبغي أن تلعبها في إجراءات الشكاوى .

وهي تلح على مسألة مفادها أنه عندما تكون إحدى الشكاوى قد عولجت على أمل إرضاء المشتكى فمن الواجب أن يؤثر علاج هذه الشكاوى الخصوصية على النظام بأسره (على النحو الملانم) بحيث لا تعود هذه المشكلة الخصوصية إلى الظهور أبداً في الظروف العادية . أما نموذج : صحح في المرة الأولى (وإذا حدث خطأ ما فعليك بالحيولة دون حدوثه مرة أخرى ، أبداً) فيجب تطبيقه عندما تتلقى خدمة من الخدمات تغذية مرتدة إما عن طريق عمليات المسح وإما عن طريق الشكاوى .

ومن المجالات النوعية التي يعلق عليها المرضى مراراً ، إما عن طريق معلومات التغذية المرتدة المأخوذة منهم ، وإما عن طريق الشكاوى الشفوية أو الخطية . نافذة العرض الأمامية في المستشفى - مكاتب الاستقبال ، والعيادات الخارجية ، وأقسام الإعاشة (التغذية) والإسعاف والطوارئ ، وغيرها . وتعد البيئة الطبيعية والاجتماعية ذات أهمية بالقياس إلى من يشعر بالقلق وعدم الاطمئنان (كما يكون معظمنا في حالة المرض) . وكلما ازداد الترحيب حرارة كان ذلك أفضل . ونتيجةً لمعلومات التغذية المرتدة التي يتم تلقيها يجنح الكثير من المستشفيات إلى توفير اتصال أول بالمريض بهم يكون أكثر إيجابية ، ويفترض في هذا الاستقبال الأكثر حرارة أن يقوم على ما يلي :

- تقديم الإرشادات .
- تقديم المعلومات التحضيرية .
- مصاحبة الأفراد إلى وجهتهم إذا ضلوا عنها .
- ترك المرضى على راحتهم .
- إظهار السلوك الترحيبي .

وهناك مرجعان من أجل هذا العمل هما : "سميث إس. Smith S. ١٩٩١ م ،
و "نلسون أ وجوردون م Nelson A & Gordon M ١٩٨٦ م .

أما الحزم التدريبية (البرامج الشاملة) ذات العلاقة فهي :

١- الفرد فى مقابل الفرد ، من إعداد " ميرسى ريجيون Mersey Region " .

٢- وجهاً لوجه ، من إعداد " شارتويل برات بروملى Chartwell Bratt Bromley " .

وثمة مجالان قبل الانتقال إلى موضوع المسؤولية أمام العملاء ينبغى التنويه عنهما :

١- "مجموعة فنادق الطليعة Avant Hotels Group" - وهى شركة ذات ملكية
خصوصية فى "شمال همبرسايد North Humberside" - قامت بتطوير
إجراءات مكتب الاستقبال الذى يقع بالقرب من مدخل الفندق الرئيسى : من أجل
تسهيل إجراءات استقبال وصول النزلاء وإكمال ترتيبات إدخالهم . ومن هذه
الإجراءات ما يلى :

١- لا بد أن يشعر كل نزيل فور وصوله إلى مكتب الاستقبال بالترحاب ، وأن يتلقى
الخدمة تبعاً لأسبقية الوصول .

٢- لا بد أن تتضمن إجراءات التسجيل ما يلى :

أ- ابتسامة ترحيب .

ب- التواصل البصرى .

ج- التجاوب مع وصول النزيل ، أى عبارات مثل "صباح الخير" ، "طاب نهارك" .

د- استعمال اسم النزيل مرة واحدة على الأقل .

هـ- تأكيد نوع الغرفة ومدة الإقامة .

و- تأكيد طريقة الدفع وعرض إنهاء ترتيبات الخروج السريعة لتصفية الحساب
(إذا كانت ممكنة الاستعمال) .

ز- تسليم المفتاح وبطاقة المفتاح مع بيان الدرجة بوضوح والاتجاه المفضى إلى
الحجرة .

- ح- لا يحسن ذكر رقم الغرفة لأسباب أمنية .
- ط- عرض المساعدة في حمل الأمتعة .
- ي- خاتمة ملائمة للحديث مثل : أمل أن تستمتع بإقامتك .
- ٢- ينبغي أن يكون تسجيل النزيل عملاً متسلسلاً بغير انقطاع ، وإذا حدثت مقاطعة لا سبيل إلى تجنبها فلا بد من تقديم اعتذار إلى النزيل .
- ٤- يجب بذل كل جهد لتأمين راحة كل نزيل من النزلاء على الفور . ولا يحسن طلب الانتظار من نزيل تأكد حجزه . أما إذا كان وصوله بعد الوقت المحدد لموعده : فلا بد من مراعاة ما يلي :
- أ- أن يقدم إليه اعتذار ، وأن يقدم إليه ، إذا أمكن القهوة أو الشاي أو العصير .
- ب- أن يتم إعلامه بالوقت الذي تصبح فيه حجرته جاهزة .
- ج- أن تقدم إليه تسهيلات لحفظ متاعه .
- د- ألا يرسل أبداً إلى حجرة ليست جاهزة لإدخاله فيها .
- وهناك مسألة مختلفة بالنسبة لقسم العيادات الخارجية في صباح يوم من أيام الإثنين . أم هل تراه كذلك ؟
- ٢- ثمة كثير من أعمال الخدمة في نظام الخدمة الصحية الوطنية يحتوى على أقسام كبيرة من الاحتكاك المطول مع العملاء ، وحتى وإن كانت المهمة بسيطة فإن الضغط الناجم عن تقديم رعاية مطولة جيدة للعميل يعد ضغطاً هائلاً ومجهداً . ويعتبر دور مدير في الخط التنفيذي المباشر أساسياً في دعم العاملين وتثمين عملهم وتشجيعهم .

المسؤولية تجاه العملاء :

مما يترتب على إيلاء العملاء المكانة الأولى في حيز الاهتمام أن نتصرف بطريقة تتجلى فيها مسؤولية الخدمة تجاه عملائها الذين يدفعون لها الأجور في النهاية .

وثمة طريقتان رئيسيتان تتجلى فيهما وحدة تقديم الخدمة فى إيلاء عملانها حين الاهتمام الأول ، وذلك عن طريق ما يلى :

١- المقاييس والمواصفات الواضحة والصريحة التى يثبت أنها تلجى حاجة العملاء إن لم تزد عليها .

٢- المواثيق الصريحة التى تجسد المقاييس الرئيسية لقيم الخدمة .

وكلاهما يعنىان أن المرضى (وهينة العاملين) هم على وعى دائم بما ينبغى للمرضى أن يتوقعوه فى الظروف العادية ، وهذا يعنى ، بالتالى ، وبطريقة ضمنية ، أن الخدمة تتوقع ، وتريد أن تسمع حديث المرضى الذين يشعرون أنهم لم يتلقوا مستوى الخدمة المنصوص عليه فى المستويات القياسية أو النموذجية وفى الميثاق .

وثمة مثالان على المواثيق ، أحدهما للخدمة الصحية الوطنية والآخر عائد لقسم خدمات عملاء الموردين فى شركة كومت الكهربائية Comet Electrical Suppliers Services Department . كما يبدو فى الشكلين (٩-٢٢) و (٩-٢٣) للمقارنة والمقابلة .

الشكل رقم (٩-٢٢) :

ميثاق المرضى فى مستشفى " نورث ويك بارك "Northwick Park

ميثاق المرضى فى مستشفى " نورث ويك بارك "

الرعاية - الامتياز السريرى - المجاملة واللباقة والترحاب

- يستطيع مرضى مستشفى " نورث ويك بارك " أن يتوقعوا ما يلى :
- أن يلقوا كل الرعاية الضرورية من المستشفى الضرورية من أجل تشخيص صحيح ومعالجة صحيحة لمرضهم أو إصابتهم .
- أن يحظوا بالاحترام والخصوصية والكرامة فى كل الأوقات .
- إعلامهم بكل جوانب مرضهم إذا ما اختاروا ذلك .
- إشراكهم فى التخطيط لرعايتهم حيثما كان ذلك ممكناً .
- الاهتمام بهم فيما يتعلق بأسررتهم وأصدقائهم المقربين .
- أن يلقوا خدمة الدفاع إذا كانوا غير قادرين عن التعبير الفعال عن حاجاتهم الخاصة .
- أن يتم خروجهم من المستشفى فى اليوم والوقت الذى تمليه حاجات رعايتهم الصحية .
- أن ينالوا رعاية مستمرة تتماشى مع نوعية الحاجات المرتبة من أجلهم .
- أن يتم التحقيق فى أى شكوى يقدمونها ، تحقيقاً دقيقاً ، وبحصولوا على جواب خلال أمد معقول .

التوقيع

الرئيس التنفيذى

باسم هيئة العاملين فى مستشفى " نورث ويك بارك "

الشكل رقم (٩-٢٣) : ميثاق عملاء شركة

"كومت الكهربائية Comet Electrical Suppliers"

ميثاق عملاء شركة "كومت"

إن هدفنا هو مساعدتك على القيام بالاختيار الصحيح وضمان أن تظل راضياً عن صفقتك .

معلومات عن الإنتاج

كل منطقة إنتاجية لها انعكاس معلوماتها الخاص بها ، والذي يشرح معالمها الرئيسية ، والأمثلة التي توضح ذلك متوافرة حيثما أمكن ذلك .

وعد بالأسعار

إذا اشتريت أى منتج من "كومت" ثم وجدت خلال ١٤ يوماً العرض ذاته يباع محلياً بسعر أدنى : فنحن مستعدون لدفع الفرق بين السعريين ، بالإضافة إلى (١٠٪) من ذلك الفرق .

ضمانات موسعة

كل القطع والأعمال متضمنة ولا يترتب عليك أن تتعرض لإزعاج الدفع للمهندس من أجل التصليحات والمطالبة باستعادة ما دفعت .

خدمة التسليم

يمكن اتخاذ الترتيبات من أجل التسليم فى الصباح أو بعد الظهر برسم بسيط ، وتستطيع معظم المخازن أيضاً أن تتخذ الترتيبات للتسليم فى المساء. وعند التسليم سوف نرفع جهازك القديم (مقطوع التمديدات) إذا رغبت .

التبديل خلال أربعة عشر يوماً

إذا كان المنتج غير مناسب فأعده ، ببساطة ، خلال (١٤) يوماً - مثلما كان ، جديداً فى عبوته الأصلية - وسوف نبدله بمنتج مكافئ له فى القيمة ، أو نعيد إليك نقودك إذا فضلت ذلك .

خدمة ما بعد البيع

نحن نريد لك أن تستمتع بالاستخدام المستمر لأى منتج . ولما كنا نملك أكبر عملية خدمة مكرسة فى البلاد ، مزودة بهيئة عاملين من مهندسينا نوى التدريب الكامل ، فإن فى وسعك أن تكون واثقاً من الاهتمام المتخصص إذا ما اقتضت الحاجة . وإذا لم يكن من الممكن إصلاح المنتج خلال الاثنى عشر شهراً الأولى فسوف نعوضك بمنتج جديد .

الاستفسارات الهاتفية

سوف تجد رقم الهاتف واسم مدير المخزن فى استقبالك إذا ما واجهتك أى مشكلات أو خطرت ببالك استفسارات أخرى حول صفقتك .

الرضا الكامل للعميل

إن هدفنا هو إرضاء العميل تماماً ، وإذا أخفقنا فى تحقيق هذا ، فالرجاء إبلاغنا خطياً على العنوان التالى :

Peter McTague

Customer Services Director , Comet Group PLC

George Street , Hull HU 13 AU

الفصل العاشر

تثبيت الالتزام بإدارة الجودة الشاملة

مع زيادة الوعي الخاص بنظم إدارة الجودة عند أولئك الذين يقدمون الرعاية الصحية ، وتوقع مشترى الخدمة فى المنطقة أن تبادر المستشفيات ومرافق الخدمات المجتمعية التى تقدم الخدمة إلى ترسيخ إدارة الجودة داخل مواصفاتها الخاصة بالخدمة ؛ فقد بدأت معظم الوحدات فى التخطيط للجودة الشاملة . ويوجد من هذه الوحدات ، بعض المرافق التى سارت (١٨ إلى ٢٤) شهراً فى طريقها نحو الجودة الشاملة .

ومتلما هو الحال فى كل مرافق خدمات القطاع العام فى المملكة المتحدة ، تحاول خدمات الصحة الوطنية الارتقاء بجودة الرعاية والخدمة نحو مستويات أعلى عن طريق زيادة توجيه عملائها. وعلى كل حال فقد واجهت هذه المرافق التى تنفذ الجودة قضية أساسية فى العملية ذات المدى الطويل التى تبشر بالنجاح أو الإخفاق فى تحقيق فوائد إدارة الجودة الشاملة ، ما دامت تتوقف على الكيفية التى تتناولها بها .

وهذه القضية هى المقدرة على ضمان استمرار التزام كل أفراد هيئة العاملين بعمليات تحسين الجودة فى تقديم الرعاية الصحية ، بعد أن يتم الشروع فى ذلك .

وتختلف وحدات مقدمى الرعاية اختلافاً كبيراً فى شمولية إستراتيجياتها من أجل تحسين الجودة ؛ إذ تتوقف إلى حد بعيد على جودة أساليب ضمان الجودة ، والمعايير المهنية التى تركز على الوعي الخاص بالتدقيق السريرى وتُنْمِيهِ . وقد بادرت بعض الوحدات ، بما فى ذلك الكثير من إدارات مشاريع الإيضاح الممولة من قبل التمويل الصحى ، إلى صياغة مفاهيم تربطها بنماذج إدارة الجودة الشاملة المطبقة خارج إطار الرعاية الصحية .

وتتوقف الرؤية المبدئية للجودة الشاملة فى الرعاية الصحية على وعى والتزام بالقيم الثقافية الملازمة للإدارة الناجحة للجودة الشاملة ، التى يمكن ضمان استمرارها ، كما هى موضحة مرة أخرى فى الشكل (١٠ - ١) .

وسوف يعترف معظم المديرين والسرييريين (من أطباء وممرضات وآخرين من القائمين بالمعالجة) بالطبيعة الجوهرية لهذه القيم . وعلى كل حال فهى تتباين من حيث تطبيقها السلوكى/العملى ، وتماسكها واتساقها فى التطبيق . ويعد التدقيق الأولى فى مواقف هيئة العاملين وما يعقب ذلك من إضفاء الطابع العمليّاتى أو التشغيلى الصريح على تلك القيم ، وكيف أنها تتعلق ، وبطريقة عملية ، بالرعاية اليومية للمريض ، وبأنها من الأمور الحاسمة ، يعد ذلك مسألة فى تلك المسائل .

على أن الجانب الأكثر إثارة للجدل فى هذه القيم ، هو ذلك الجانب الذى يربط تحسين الجودة بخفض تكاليف الرعاية الصحية . ثم إن التوتر القائم بين الحاجة الملموسة إلى تمويل إضافى لتحسين الجودة (بالإضافة إلى كمية الرعاية وإجراءاتها) والخفض الممكن للتكاليف الناجم عن التحسينات فى الجودة - يحتاج إلى فهم واضح ، وإدارة بالغة الدقة ، والحذر بالنظر إلى الضغوط الكبيرة ، والآمال العامة المعلقة على القائمين بالرعاية المباشرة للمريض .

كما أن هذه الرؤية تتوقف أيضاً على أنموذج واضح وشامل لإدارة الجودة الشاملة وتنفيذها . وهو النموذج الذى يمكن تطبيقه ضمن وضع معين للرعاية الصحية ، ويمكن أن يُنظر إليه على أنه وثيق الصلة بالموضوع من قبل أعضاء هيئة العاملين السرييريين واللاسرييريين ، على حدٍ سواء ، وقد سبق أن أوجزنا المقومات الأساسية لمثل هذا الأنموذج .

وربما كان فى وسع وحدات القائمين بالرعاية ، التى تقوم الآن بتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، سواء فى إطار المستشفى أم فى إطار المجتمع المحلى ، أن تقارن بين نماذجها الخاصة وهذا الأنموذج لتحقيق شموليتها .

وقد تم استكشاف خطة التنفيذ أو التطبيق هذه من خلال هذا النص الذى يوضح الخطوات العديدة التى تؤدى إلى جودة الرعاية الصحية ، المبينة فى الشكل (١٠ - ١)

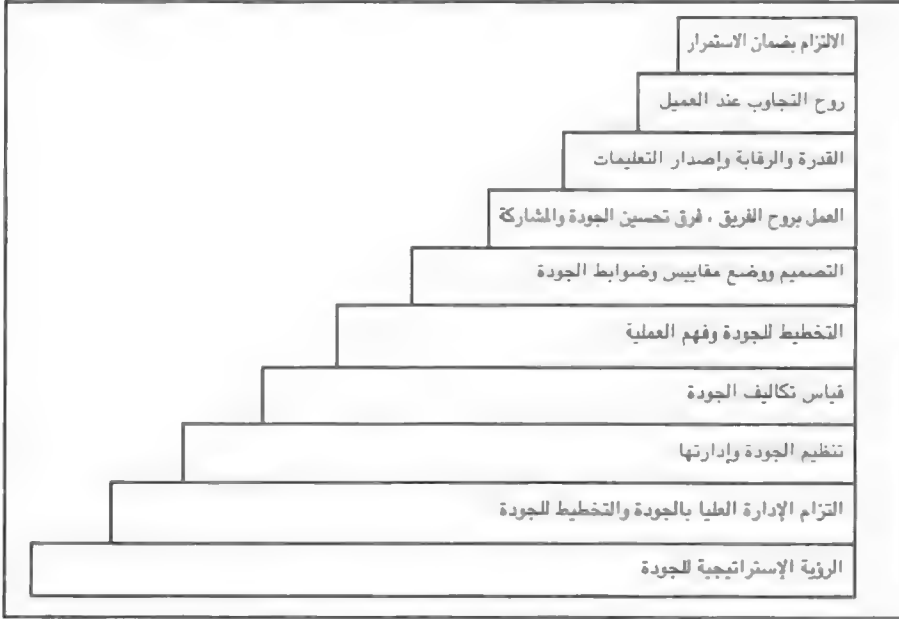
وهذه الخطوات ليست مماثلة تماماً لما ينص عليه الترتيب الهرمى الوارد أدناه مع كون بعض الخطوات على المستوى ذاته فى الحقيقة ، أى أنها تحدث فى وقت واحد .

وقد علمتني خبرتي الناجحة فى العمل مع وحدات تقديم الرعاية فى أنحاء المملكة المتحدة وفى الخارج ، أن ليس من الصعب كثيراً الحصول على استجابة مبدئية إيجابية من مرفقٍ ما حيال تكريس إدارة للجودة الشاملة . على أن الجزء الأكثر أهمية هو كيف يستطيعون المحافظة على استمرار عملية إدارة الجودة الشاملة بعد تكريسها .

وقد تم تحديد عشرة من المقومات الأساسية فى وحدات مقدمى الرعاية الصحية ، إذا عولجت ، أمكنها أن تكون ذات عونٍ فى ضمان استمرار التزام هيئة العاملين ، والحفاظ على الزخم الأولى الذى نجم عن إدخال نهج أو أسلوب إدارة الجودة الشاملة . وهذه المقومات هى :

- الحفاظ على التزام الإدارة العليا وكبار السرييين .
- ممارسة التواصل الكلى .
- القياس والتدقيق .
- التأكيد على النتائج الملموسة .
- تكامل رصد النشاط الطبى والتمريضى مع مراقبة الجودة ، وتطبيق كليهما على إستراتيجية الشراء .
- إدخال مفهوم وضع العلامات الإرشادية وممارسته .
- المراجعة المستمرة لبنية أو هيكل الجودة .
- التدريب والتعليم .
- تحديد الحواجز والعقبات والتغلب عليها .
- التحول المستمر فى ثقافة الوحدة نحو الرؤية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة .

الشكل رقم (١٠-١) المقومات الأساسية لضمان استمرار التزام العاملين بأسلوب إدارة الجودة الشاملة



العلاقة على التزام الإدارة العليا وكبار السرييين :

لكي تكون إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية فعالة ، ولكي يتم اشتقاق الجودة منها : فلا بد لها أن تكون قيادتها من الأعلى وتغذيتها من الأسفل . ولابد لكبار المسؤولين التنفيذيين وأعضاء المجلس التنفيذي في الوحدة (أى المديرين العاملين والاستشاريين السرييين/ والمديرين السرييين) أن يتولوا القيادة من الأعلى ، عن طريق القدوة ، والموقف ، والأفعال . ولا بد لهم أن يمنحوا الدعم الكامل للآخرين الذين يركزون جهودهم على الخدمات المعنية السريية وغير السريية .

وقد أبلغ عن غياب الالتزام على صعيد الإدارة العليا عند (٩٧) من (١٠٠) مؤسسة في المملكة المتحدة تم مسحها مؤخراً من قبل شركة أودى . أى ODI عام ١٩٩١م . وقد عدَّ ذلك كأحد الحواجز الأكثر بروزاً ودلالة في وجه تطبيق برنامج الجودة . وفي وسع نظام الخدمة الصحية الوطنية ووحدات مقدميها أن يتعلموا من هذا ومن كثير من

الدراسات الأخرى المماثلة التي استشهدنا ببعضها في مواضيع سابقة من هذا النص ، وأن يتأكدوا من أن تلك الإدارة العليا والسرييين يحصلون على تدريب على الجودة العالية وعلى نصائح بهذا الصدد للمساعدة على ضمان التزامهم المستمر بالأقوال والأفعال على حد سواء .

ويتمثل التحدى بالنسبة إلى كل من هاتين الفئتين بالعمل المستمر فيما يلي :

- تعريف طرق تقديم الرعاية الصحية الناجحة وتحديدها ، بمعنى القيمة المضافة ، وذلك من خلال تلبية متطلبات الجودة للمرضى ولسائر العملاء .

- استعراض رؤية واضحة ومتبادلة للجودة ونمط الالتزام بها وإعادة صياغتها بهدف تحقيق تلك الرؤية .

- حفز الأعضاء الأساسيين في هيئة العاملين ، ومكافئهم ، وتطوير كفاءتهم في مضممار الالتزام بالجودة .

- وضع النظم وتصميم التقنية لدعم تحسين الجودة والإدارة .

ومن الخطوات العملية لضمان فهم وحدة مقدمى الرعاية للالتزام الإدارة العليا بالجودة محاكاة دافيد أونيل فى ترافورد David O'Neil in Trafford 1992 ، الذى يصف خطته للهجوم التى يظهر فيها ، على نحو منتظم ، فى مقدمة مجموعة كبيرة من هيئة العاملين ، ويناقش الالتزام ببرنامجها الخاص بإدارة الجودة الشاملة ، ذاكراً أربعة أسباب لها أهميتها :

- تهدئة بواغث القلق عند هيئة العاملين - إذ سبق إجراء مقابلات مع الكثيرين منهم ، كما سبق أن ذكرنا ، وكانوا يتسألون عما كان جرى .

- إنشاء إطار متقدم للبرنامج .

- أن يوضح ، للناقدين الساخرين ، أن هذا ليس " جهداً بغير طائل " أو مجرد " نكهة فى الفم " بل هو شىء وجد من أجل تحقيق منفعة .

- لأواصل إيضاح التزامى بالمثل بين يدى هيئة العاملين والحديث إليها عن خططنا .

التطبيق العملى للاتصالات الشاملة :

يجب أن يتمثل المعنى الأساسى لكلمة كلى (Total) فى مشاركة هيئة العاملين فى العمل - لا مجرد مشاركة بعض العناصر فيها ، مثل الملتزمين ، والمتحمسين ، بل كل أفرادها. ويترتب على بعض الواعدين بدرجة أقل ممن عداهم ، من هيئة العاملين ، تقديم إسهامات هائلة لنهج أو أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وإن كانوا غير واعدين فى بعض الأحيان ، ومن أمثال هؤلاء :

- الأطباء من أهل رأى والجدل : يستطيعون أن يشاركوا بخبراتهم الحميمية المتصلة بالمرضى والممارسين العامين ، وأن يستخدموا قدراتهم لتقديم إسهاماتهم فى نهج إدارة الجودة الشاملة - وهو المحصلة المرغوبة فى أية مبادرة تتعلق بالإدارة .

- الممرضات المجتهדות : وهن تلكم اللواتى ينهضن بالعبء الأكبر فى الأجنحة التى تتعرض للتوسع المفرط ، ويستطعن استخدام تجربتهن اليومية (والليلية) لتحقيق الموازنة بين الكم والكيف والتكاليف فى الرعاية الصحية بطريقة متلائمة مع الهدف المرسوم .

- المديرون غير المتحمسين : يستطيعون أن يحولوا مواقفهم المتمثلة فى قول الواحد منهم : " لقد رأيت هذا كله من قبل " ، وينزلوا تفسيراتهم المفرطة فى الخيال بصدد إدارة الجودة الشاملة ، إلى مستوى أكثر واقعية وأقرب إلى مجال التطبيق العملى على عالم الإدارة التشغيلية المتسم بزحمة العمل البالغة .

- هيئة العاملين المساعدة التى لا تجد ما يحفزها : تستطيع هذه الهيئة أن تذكر كبار المديرين والهيئة الطبية والتمريضية بأن سنوات قلة التقدير وعدم التفويض ومنح الصلاحيات من قبل كبار الزملاء ، إذا ما تجاوزنا الأجور القليلة ، يكون لها تأثير فيما يتعلق بالتشجيع لأى شخص .

أما أهمية التواصل الفعال فمسألة تتم المشاركة فيها ، مرة أخرى ، مراراً وتكراراً فى منشورات أنموذج كيفية تطوير إدارة الجودة الشاملة - ومع ذلك ففى الإدارة الموجودة فى الحياة اليومية يعد من المدهش عدم تحقيق التواصل الكلى ، بل عدم محاولة تحقيقه بسبب قولهم :

” لن نصل أبداً إلى كل أفراد هيئة العاملين ” .

- إنهم لا يحضرون الاجتماعات جميعاً .

- لن يهتموا بالمسألة جميعاً .

ويغدو أعضاء هيئة العاملين ذوو الإطلاع الحسن ، مهتمين ، متحفزين ، كما يغدون هم الحَمَلَةُ النمذجيون (بالمعنى الحرفي للكلمة) لإدارة الجودة . ومن المهم أن ينهض المرء بعـب ضمان وصول كل جزء من أجزاء رعاية الجودة الشاملة إلى كل أعضاء هيئة العاملين المستهدفين بهذه الرسالة على النحو الملانم . وفي نهاية اليوم يجب تفقد أعضاء هيئة العاملين بموجب قائمة لتضمن أنك وصلت إليهم جميعاً .

القياس والتدقيق :

تعد المستشفيات ومقدمى رعاية صحة المجتمع من المنظمات بالغة التعقيد. ومن الصعب جداً أن يلقي المرء نظرة عامة شاملة على جودة كل الوظائف ذات العلاقة بهذا. ولا بد للوحدة أن تطور وظيفة القياس والتدقيق عندها بصورة مشتركة بحيث يكون القائمون بمراقبة الجودة فى الموضع الصحيح فى كل أنحاء الوحدة .

ويصف ويلسون Wilson 1987 هذا النهج وصفاً محكماً من خلال مستشفى معين ، كما فى الشكل (١٠ - ٢) ، والذي يعكس القياس المعتبر والمراجعة والتدقيق الذى يحدث . ويوجد لدى معظم مستشفيات الخدمة الصحية الوطنية برامج شاملة على نحو ملائم ، غير أنها ليست منسقة ، ولا واضحة بصورة جلية مثلما يشير هذا البرنامج إلى ما يمكن أن تكون عليه .

الشكل رقم (١٠-٢) وضع مراقبى الجودة فى الموضع الصحيح

وضع مراقبى الجودة فى الموضع الصحيح

أ. الإدارة المالية :

- تقارير شهرية عن سير التشغيل ترفع إلى كل من المدير التنفيذى للوحدة واللجنة المالية .
- تسوية الحسابات يومياً / أسبوعياً / شهرياً .
- التدقيق السنوى ونصف السنوى بما فى ذلك التقرير التنفيذى المرفوع للإدارة .
- التأكد من دقة جدول الرواتب (كل أسبوعين) .
- تدقيق نظام الملف الرئيسى .

ب. قسم شؤون الموظفين :

- التدقيق فى مسألة تعيين الموظفين - من جانبى السرعة والملاءمة .
- تسجيل المنافع .
- مراجعة برنامج تقويم أداء العاملين على نطاق المستشفى .
- التدقيق فى قواعد وضوابط قانون التوظيف .
- تحليل المظالم والشكاوى المقدمة عن طريق الاتحاد (المهنى المختص) .

ج. قسم السجلات الطبية :

- التعداد الشهرى لنماذج السجلات الطبية غير المكتملة .
- الشكاوى من النماذج غير المتوافرة .
- مراجعة وتدقيق أعمال نسخ البيانات الطبية/ونواقص النماذج/وترميز البيانات الطبية وأساليب إعداد الملخصات من واقع السجلات الطبية .
- المراجعة والتدقيق الخارجى للسجلات - من قبل لجنة تحسين السجلات الطبية للمستشفى .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

د. مكتب إبخال المرضى :

- التدقيق المتزامن فى إجراءات الدخول (أخذ عينة عشوائية) .
- مراجعة دقة قوائم حالات الدخول والمغادرة والإحالة .
- تقويم نظام الخروج / والإحالة .

هـ. قسم الصحة والسلامة المهنية :

- تدقيق مطالبات مجلس تعويضات العمال .
- عمليات التفتيش المتعلقة بالسلامة (أسبوعياً وشهرياً) .
- عمليات التفتيش من قبل وزارة العمل .
- التحقيق فى حوادث المستخدمين ، والحوادث المرتبطة بالوقت الضائع أو المهدر .

و. قسم مراقبة العدوى :

- التقصى عن حالات العدوى المبلغ عنها .
- تحليل حالات العدوى المكتسبة من المستشفى وتلك المكتسبة من المجتمع المحلى (أى من خارج بيئة المستشفى) .
- التدقيق فى إجراءات التعقيم والتطهير .
- رصد ومراقبة كفاءة أجهزة ومعدات تعقيم المهام متعددة الاستخدام .

ز. قسم التدريب وتعليم الموظفين :

- تقويم البرامج/ قائمة حضور البرنامج .
- التقييم المرتكز على الكفاية والكفاءة/ فعالية البرنامج - والمرتكز على الحوادث العرضية .
- إعادة التصديق للمهام المفوض بها القسم .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

ح. قسم المعالجة النفسية :

- تدقيق النماذج ومراجعتها .
- التدقيق فى تقارير تقييم الحالات النفسية .
- تحليل حجم أو عبء العمل : ساعات الرعاية المباشرة فى مقابل ساعات الرعاية غير المباشرة .

ط. قسم الهندسة :

- سجل حالات تعطل الآلات عن العمل .
- نوعية الهواء (فى الشتاء) .
- كفاءة الغلاية (النسبة المئوية) .
- كفاءة نظام التدفئة (النسبة المئوية) .
- اختبار التيار الكهربائى المستخدم فى الحالات الطارئة .
- المعالجة الكيميائية لنظام الإمداد المائى .

ى. قسم الصيانة :

- برنامج الصيانة الوقائية .
- رصد ومراقبة نظام متطلبات الصيانة .
- عمليات التفتيش الأسبوعى لأعمال الصيانة .
- تفتيش أونتاريو هيدرو Ontario Hydro العشوائى للعمل الجديد .
- عمليات التفتيش الخارجى .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

ك. قسم إدارة المواد :

- تسوية متطلبات الشراء من أجل عمليات التسليم (أسبوعياً) .
- إجراء مسح حول رضا العميل .
- مراقبة المخزون أسبوعياً (تفقد مستوى المخزون) .
- التدقيق فى طلبات المتابعة .
- التدقيق فى نظام الحصص النسبية .

ل. قسم الأعمال الخدمية :

- التفتيش الأسبوعى .
- متابعة دقة تنفيذ العقد الخاص بمكافحة الحشرات والقوارض .
- وضع مراقبى الجودة فى الموضع الصحيح .

م. قسم التغذية العلاجية وخدمات الطعام :

- مراجعات القوائم الغذائية (إجراء دراسات استرجاعية وأخرى لجداول التغذية تبعاً للحميات الغذائية المختلفة) .
- مراجعة قوائم الأغذية .
- إجراءات تدقيق صينية الوجبة الغذائية قبل إرسالها إلى المريض النوم .
- تدقيق مرتجعات صينية الوجبة الغذائية (وبخاصة للوجبات العلاجية) .
- رضا المريض عن الوجبات الغذائية المقدمة/دراسة الاستبانات/وكذلك دراسة خلاصة المقابلات التى تجرى مع المرضى حول وجهات نظرهم عن الوجبات المقدمة .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

- دقة مواعيد الانتهاء من إعداد الطعام .
- عمليات التفتيش الصحي اليومية للتأكد من سلامة تخزين الأطعمة وتداولها وتحضيرها وطرق تقديمها .
- تفتيش وحدة الصحة العامة للمطبخ .
- تقييم الأطعمة الجديدة .
- التأكد من ملاسة درجات حرارة حفظ الأطعمة .
- إجراء تقديرات لفعالية وكفاءة خط تجهيز صواني الوجبات الغذائية .

ن. قسم الخدمة الاجتماعية :

- إجراء مراجعات دقيقة لدفتر سجل الحالات الاجتماعية (بصورة استرجاعية ، بما فى ذلك مراجعة وتدقيق النماذج المستخدمة) .
- تدقيق مراجعة الأنداد (أو النظراء) للحالات الاجتماعية .
- مسح لرضا المريض .

س. قسم الخدمات الدينية :

- مراجعة نشاط استدعاء العاملين عند الطلب .
- مراجعة الأعداد فى أماكن العبادة (المصلى) ، وكذلك لعدد الحالات التى قدمت لها الإرشادات الدينية .
- تقارير عن برامج التوعية المقدمة لكل من الطلبة الخارجيين والمرشدين والمحترسين ممن يعملون فى مجال الدعوة والإرشاد .

ع. قسم العلاج الطبيعى :

- نتائج المريض العلاجية : مقارنة الحالة عند الإدخال وعند الخروج .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

- مراجعة نماذج تقييم الحالة الصحية .
- تدقيق النماذج المستخدمة (بصورة استرجاعية) من حيث :
 - ١- دقة التكوين .
 - ٢- مدى تصويرها لدقة الرعاية المقدمة .
- دراسة الاستبانات الموزعة على المرضى ذات الصلة بوجهة نظرهم عن الخدمات المقدمة في القسم .
- ف. العلاج المهني (أو الوظيفي) :
 - اعتماد هيئة وكالة العلاج المهني COTA للقسم من أجل تعيين طلبة العلاج المهني لإكمال فترة تدريبهم العملي فيه .
- ص. جاهزية وحدة الإطفاء :
 - التمرين الشهري على مكافحة الحريق/ الجاهزية والاستعداد الدائم للاستجابة لتمرينات مكافحة الحريق .
 - الرصد الشهري لمعدات الإطفاء ونظم الإنذار .
 - التفتيش الخارجى نصف السنوى لمبنى المستشفى من قبل وحدة الإطفاء التابعة للدفاع المدنى .
- ق. قسم الأشعة :
 - حملات التفتيش للقسم من قبل فرع الوقاية أو الحماية من الإشعاع التابع لوزارة الصحة .
 - معدلات الرفض / الحماية .
 - دقة تقارير نتائج الفحوص الإشعاعية وإنهاؤها في الأوقات المتفق عليها تبعاً لنوعية هذه الفحوص/ إضافة إلى مراجعة صحة الإملاء الطبى .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

- مراجعة أوقات انتظار المرضى .
- التفقد المفاجئ لمكتبة حفظ الأفلام .
- مراجعة لفترات التوقف والانقطاع .
- مراجعة قياس الجرعة .
- التفقد لجهاز المعالجة التلقائي (الأوتوماتيكي) .
- مراجعة إحصاءات القسم الشهرية .

ر. قسم المختبرات :

- برنامج اختبار البراعة والتقدم في الفحص المخبري .
- الحوادث العرضية - المبلغ عنها داخلياً ، وعن طريق القسم الخارجى .
- أوقات الجولات على وحدات الفحوص المخبرية المختلفة .
- أوامر الفحوص الموجهة للمختبر من قبل الأطباء المعالجين .
- بيانات مراقبة الجودة .
- مراقبة برنامج الصيانة الوقائية لأجهزة ومعدات المختبر .
- مسوحات مرئيات الأطباء والمرضى حول الخدمات المقدمة .

ش. قسم الصيدلية :

- الأخطاء فى صرف الأدوية .
- التأخير فى صرف الأدوية .
- التفقيش الأسبوعى - فى الصيدلية و / أو الوحدات التابعة لها - وإعادة المخزون إلى مستوياته المقررة .

تابع - الشكل رقم (١٠ - ٢) :

- الرقابة على الأدوية المقيدة (وبخاصة المخدرة منها) .
- مراجعة استعمال الأدوية .
- ت. قسم التمريض :**
- التدقيق المتزامن للتمريض .
- مراجعة مقاييس وضوابط ممارسة التمريض .
- تحليل الحوادث العارضة مرة كل ثلاثة أشهر .
- نظام إدارة عبء أو حجم العمل للتمريض : الاتساق والمناسبة .
- التدقيقات أو المراجعات الصغيرة ، مثل :
- توثيق الاستجابة للعلاج حسب ما تتطلبه الظروف .
- توثيق تعليم المريض واستجابته .
- مدى اكتمال نموذج ملاحظات الممرضات حول التاريخ المرضي للمريض .
- خطط الرعاية التمريضية (المتداولة) .

تأكيد النتائج الملموسة :

- من فوائد إيصال رعاية صحية فعالة عن طريق تبني نهج أو أسلوب إدارة الجودة الشاملة ما يلي :
- اتساق أكبر في الرعاية والخدمة المقدمتين .
 - الارتقاء بمقاييس الرعاية وضوابطها .
 - خفض الأخطاء .
 - مزيد من الثقة بهيئة العاملين .

- تبادل أفضل للأفكار والآراء بصدد ما هو متوقع وما هو متوافر .

- فهم أفضل لوجهات نظر المرضى وهيئة العاملين .

**** يضاف إلى ما سبق النتائج الملموسة الآتية :**

*** زيادة درجة رضا المريض :**

- تعظيم قيم الرضا الكلى للمريض للخدمات المقدمة .

- تحسُّنُ فى العلاقات مع العميل .

- مزيد من فعالية الرعاية والخدمة المقدمتين .

- قدر أكبر من سهولة الحصول على الخدمة والراحة والتلاؤم .

- مزيد من مشاركة المريض فى الرعاية الخاصة به .

*** درجة أعظم من الفعالية التنظيمية :**

- وجود المقاييس (والمعايير المرتبطة بكل منها) واتساقها وتماسكها .

- رفع مستوى المقاييس .

- زيادة اتساق المقاييس والتوافق معها .

- إدارة متكاملة للموارد (من ناحية الكم والنوعية والتكلفة) .

- الحصول على مزيد من حصة سوق (المرضى) متى كان ذلك ممكناً .

- التغيير الثقافى (تجسد الجودة فى التوثيق ، والسياسات ، والحث ، والتدريب) .

- مشاركة كل فئات هيئة العاملين ، والحد من الحواجز بينهم .

*** زيادة درجة رضا هيئة العاملين :**

- خفض معدل ترك العاملين للعمل .

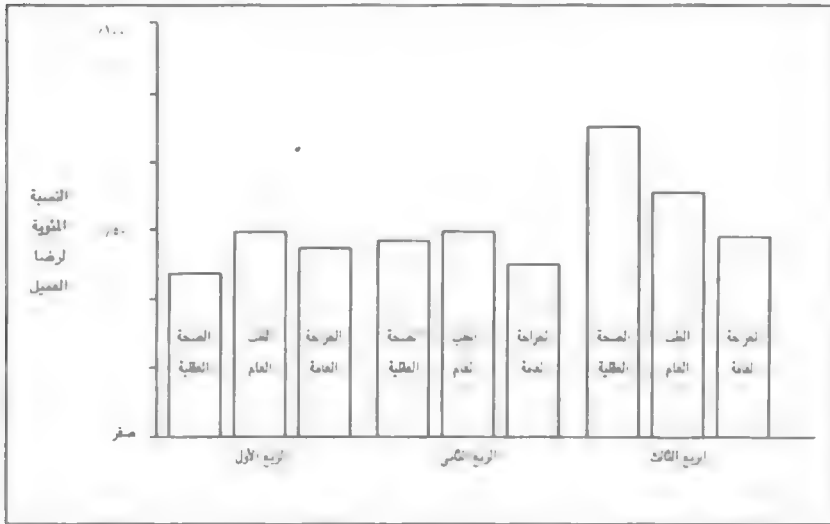
- خفض معدل الإجازات المرضية وإجازات الغياب .
- تحسُّن تدريب هيئة العاملين وأحوالهم .
- وضوح أكبر فى صورة الوظيفة وفى الرضا الناجم عنها .
- مزيد من الوقت لاستخدام مهارات المتخصصين .
- تقدير أعظم من قبل الآخرين .
- تحسُّن التواصل بين أفراد هيئة العاملين .
- زيادة التلاحم بين أعضاء الفريق .

*** خفض تكاليف الجودة وزيادة قيمة المال المستثمر :**

- الانخفاض فى تكاليف الإخفاق أو التقصير أو الفشل .
- المزيد من التفتيش والرصد الملائمين .
- ارتفاع قيمة التكاليف الوقائية .
- تحسين مستوى التحكم فى الميزانية .

ويعد رضا العميل المفتاح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة ، على الرغم من أنه لا يَعدُّ أن يكون مجرد متغير واحد من بين متغيرات عديدة . وعندما تستطيع وحدة من وحدات مقدمى الرعاية أن تعكس التحسن فى معدلات رضا العميل من جانب كل مديرية ، أو موقع ، أو خدمة ، من المحتمل أن تكون إدارة الجودة الشاملة فى موضعها المناسب . انظر الشكل رقم (١٠-٣) .

الشكل رقم (١٠-٣) رضا العميل



وتتمثل أكثر الطرق فعالية في تقييم برنامج إدارة الجودة الشاملة في مقارنة أداء مستشفى من مستشفيات الجودة الشاملة أو مرفق من مرافق الخدمة المجتمعية بمرافق أخرى من حيث المتغيرات التي تم استعراضها أعلاه . إذ يفترض أن يكون مرفق إدارة الجودة الشاملة أفضل بدرجة كبيرة من الحد المتوسط الموجود في هذه القياسات . ويفترض في هذه النماذج من الفوائد أن تكون ممكنة التحقيق ، لا على فترات تمتد على سنتين ، بل ضمن فترة ستة أشهر من بداية البرنامج . والتحسين في الجودة قابل للقياس . فتركز على قياسات أساسية قليلة من القياسات التي تتمركز حول المريض ولتقارن مرفقك بمرافق أخرى مماثلة ، مع التركيز بوجه خاص على جانب التنافس . ومن الخصائص الأكثر شيوعاً في برنامج ناجح من برامج الجودة الشاملة ، التأكيد على النتائج الملموسة . والتغيير الثقافي له دور أساسي ، كما يعد طويل الأجل . ومن الأمور الأساسية أثناء تحويل الثقافة أن يتوجه المرء نحو النتائج المبكرة لتدعيم التغيير الثقافي والمواقف الثقافية والقيم الأساسية الخاصة بتحسين الجودة .

دمج مراقبة النشاط السريري مع مراقبة الجودة :

أما على الصعيد الإستراتيجي فقد سبق أن ذكرنا أن سياسة إدارة الجودة الشاملة لا بد أن تكون متكاملة كل التكامل مع نهج أو أسلوب التخطيط الشامل لمشروع الوحدة . ولن يكون من المجدى الفصل بينهما . وعلى النحو ذاته ، وعلى المستوى التشغيلي ، حيث يلتقى الأطباء والمرضات والمديرين لمناقشة الأداء المستمر للخدمات المقدمة للمرضى فى الجناح . على مستوى التخصص أو على مستوى المديرية ، يعد من المهم تحقيق الاندماج بين المتغيرات التالية :

- النشاط السريري ، والإمكانات الموظفة ، والتسهيلات (الأسرة ، أماكن العناية اليومية ، العيادات الخارجية) .
- تكاليف هذا النشاط .

- الجودة الممكنة من أجل هذه الموارد .

والمسائل الأساسية لتحقيق هذا التفسير فهي كالتالى :

- توافر معلومات بسيطة ، وسليمة ، يمكن الاعتماد عليها حول تكاليف النشاط والجودة .
- المعلومات حول الإنجاز الأعلى والإنجاز الأدنى فى نشاط شهري أو ربع سنوي ، و/أو الأهداف المرتبطة بالتكلفة والجودة .
- إجراء متفق عليه ذو خاصية معينة لمعالجة الأهداف التى لم تتحقق .
- نهج أو أسلوب مفسر لأوقات الانتظار ، ولبادرات المنتظرين مدة عامين ، ولقائمة الانتظار .
- إدراك نتائج تغيير التوازن بين الكمية والجودة والتكلفة ، ومناقشة ذلك. مثلاً ، عندما تزيد الكمية تنقص الجودة .

ويظهر الشكل (١٠-٤) بعض الأمثلة على المعطيات العملية البسيطة والمرتفعة التى تنطبق على هذه المسائل وحدها .

الشكل رقم (١٠-٤) تحليل عَقْد

تحليل العَقْد لشهرى إبريل ومايو ١٩٩٢ نشاط المرضى المنومين : كل العقود*													
التخصص	مستوى عدد المرضى حسب العَقْد	إبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس
الإجمالي التراكمى	الإجمالي التراكمى المستهدف	الفرق											
الجراحة	١٤١٠	٤٩٧	٤٧١										
جراحى بصرى	١٤٨٥	٩١	١١٠										
جراحة العظام	٣١٨	٢٣٨	٢٣٣										
المسالك البولية	١٩٦٤	١٦٣	١٦١										
العيون	١١٩٦	٨٣	٨٤										
معالجة الفم	٣٢٠	٥٠	٤٧										
الأطفال	٢٣٥٩	١٩٦	٢٠٨										
الحوادث والطوارئ	١٩٣٢	١٣٥	١٣٦										
الأمراض الجلدية	١٧٦	٢٥	٢١										
الطب العام	٧٧٠٧	٦١٨	٦٠٦										
أمراض ذك	٤٨١	٣٦	٤٦										
نسكيز لأم	٢١٤	٢٨	٢٢										
الأمراض الروماتيزمية	٩٤٢	٣٣	٧٤										
معالجة تخثر	٢٥٥٠	١٩١	١٩٧										
معالجة الحرق	٠	٣٩٩	٤٦٣										
السليم													
عراض صم	٢٢٨٢	٢٣٦	٢٢٢										
الوليد	٦١٠٠	٥٣٣	٥٩٦										
أمراض الشيخوخة	٢٩٧٥	٢٢٤	٢٠٨										
معدة الحرس	٨٩٠	٧٤	٨٦										
نحو في محار													
الوليد													
المرضى بعد	٤٣١٩١	٣٤٥١	٣٥٢٩										

- ملاحظة : النشاط الخاص بالمرضى المنومين يمثل نشاط العقد السنوى مقسوماً إلى أهداف شهرية مباشرة مع بيان الإنجاز الأعلى والأدنى (ومقدار الفرق بينهما) .

تابع - الشكل رقم (١٠-٤) تحليل عَقْد

فترات انتظار مرضى العيادات الخارجية من أجل مواعيد غير مستعجلة *				
الوضع كما كان في ٣١ تموز (يوليو) ١٩٩٢م				
التخصص	الاستشاري	وقت الانتظار (بالأسابيع) في الشهر السابق	وقت الانتظار (بالأسابيع)	تاريخ الموعد التالي غير المستعجل
الباطنية	د. آدم	٦	٨	٩٢/٧/٢٠
الباطنية	د. بيد	٦	١٠	٩٢/٧/١٠
الباطنية	د. كون	٥	٤	٩٢/٧/١٦
الباطنية	د. بيلي	٤	٦	٩٢/٧/٩
الباطنية	د. إلسند	٨	١١	٩٢/٨/١٤
الباطنية	د. فاينز	٤	٤	٩٢/٧/٢٦
أمراض الجهاز الهضمي	د. هون	٦	٦	٩٢/٧/٨
أمراض الجهاز الهضمي	د. إروين	٤	٦	٩٢/٧/٩
داء السكري	د. جرنز	٥	٧	٩٢/٧/١٦
أمراض الشيخوخة	د. ككود	٤	٣	٩٢/٦/١٧
أمراض الشيخوخة	د. لاندر	٤	٤	٩٢/٦/٢٣
الجراحة	أ. د. ميلو	(٢٥)	(٢٤)	٩٢/١١/١٠
الجراحة	أ. د. نوروي	(٢٧)	(١٧)	٩٢/٩/٢١
الجراحة	أ. د. أورتون	(١٦)	(١٦)	٩٢/٩/١٤
الجراحة	أ. د. بيترا	١١	٨	٩٢/٧/٢١
الأطفال	أ. د. كوارتز	٤	٣	٩٢/٦/١٩
الأطفال	د. روسر	٤	٤	٩٢/٦/٢٢
الأطفال	د. شين	٤	٣	٩٢/٦/١٥
جراحة العظام	أ. د. تولر	(٤٦)	(٤٨)	٩٢/٤/٢٨
جراحة العظام	أ. د. أندروود	(٩١)	(١٠١)	٩٤/٥/٢
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. فينر	(٢٢)	(١٨)	٩٢/٩/٢٩
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. وينوود	(١٦)	(١٦)	٩٢/٩/١٨
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. ألن	(١٤)	(١٦)	٩٢/٩/١٤
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. بيكون	(١٧)	(٢٠)	٩٢/٩/٣٠
جراحة القدم	أ. د. كولودج	٦	٥	٩٢/٧/١
جراحة القدم	أ. د. دين	(٢١)	(٢٢)	٩٢/١٠/٣٠

- ملاحظة : إن فترات الانتظار للمواعيد غير المستعجلة (سهولة الحصول على الخدمة) تسمح بالتعرف على حالات المواعيد طويلة الأجل المبينة في قوائم الانتظار (بين قوسين) من أجل عمل المزيد من المناقشات حولها واتخاذ الإجراءات بشأنها (حيثما يكون ذلك ملائماً) .

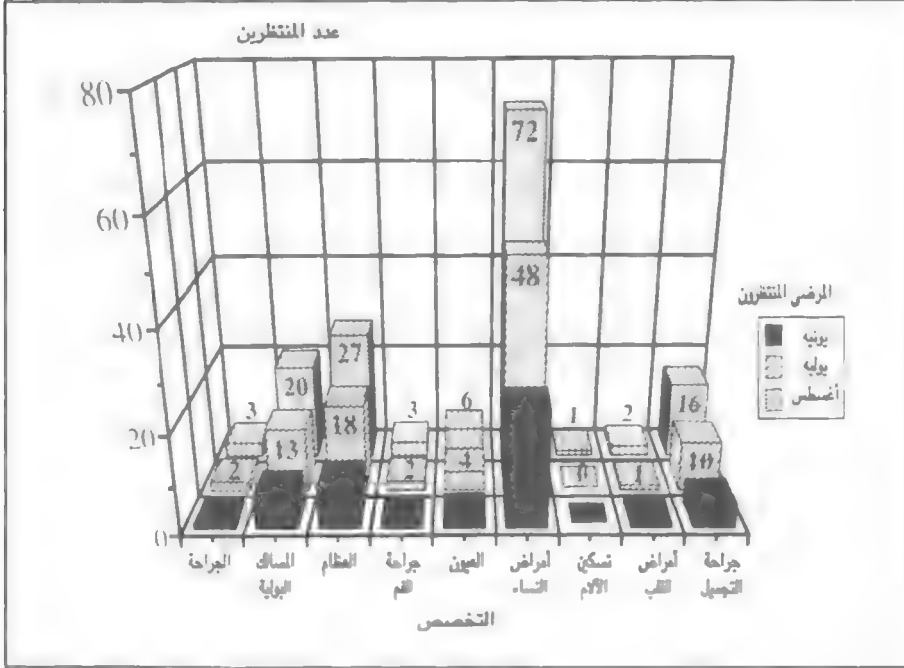
تابع - الشكل رقم (١٠-٤) تحليل عَقْد

تحليل قائمة انتظار للمرضى * الوضع كما كان في ٣١ تموز (يونيو) ١٩٩٢م									
التخصص	عدد المرضى بمرور	عدد المرضى بدون موعد	الإجمالي	٢-٠	٥-٣	٨-٦	١١-٩	١٢-٢٢	٢٤+
الجراحة العامة	٨٦	٨٥٠	٩٣٦	٣٦١	٢٨٥	١١٣	٨١	٣٠	-
أنف وأذن وحنجرة	١١٨	١٢٥	٢٠٣	٨١	٥٠	٢٩	٢٠	١٢٣	٢
جراحة العظام	٥٥	٦٢٨	٦٨٣	٣٤٨	١٣٨	١٠٨	٨٨	١١١	-
جراحة المسالك البولية	١٢٢	٣٢٢	٤٤٤	٣٠٠	١٠٠	٢٢	٦	٦	-
جراحة التجميل	١٥٣	٣٤٠	٤٩٣	١٧٣	١٦٦	١٠٧	٢٨	١٩	-
جراحة الفم	٣٢	٢٩١	٣٢٣	١١٥	٧٩	٣٩	٤٥	٤٥	٥٨
العيون	١٧٢	٨١١	٩٨٣	٢٦٥	١٣٧	١٥٠	١١١	٢٦٢	-
نسكير لآلئ	-	٩٠	٩٠	٤٦	٢٠	١٧	٦	٢	-
الباطنية العامة	٥	١٢	١٧	٤٧	١٨	٩	-	٣	-
الأمراض الجلدية	١٤	-	١٤	١٤	-	-	-	-	-
لأمراض الروماتيزمية	-	٩٣	٩٣	٧٤	١٩	-	-	-	-
أمراض النساء	٥	٢٤٥	٢٥٠	٩١	٣٦	٣٢	٢٧	٥٨	-
إجمالي لوحدة	٧٦٢	٢٨٣١	٤٥٩٩	١٧٨١	١٠١٨	٦٧٩	٤٠٦	٦٥١	٥٨

- تحليل قائمة انتظار للمرضى من أجل إدخالهم (سهولة الحصول على الخدمة) : إن هذا التحليل يسمح بتحديد أعداد المنتظرين مدة (٢٤) شهراً فأكثر من أجل اتخاذ إجراء فوري بشأنهم . إضافة إلى تحديد أعداد المنتظرين لمدة تتراوح بين (١٢ إلى ٢٣) شهراً من أجل معرفة النمو في أعداد المنتظرين مدة (٢٤) شهراً فأكثر على مدى الشهور الاثنى عشر التالية .

تابع - الشكل رقم (١٠-٤) تحليل عَدَد

عرض النمو المتوقع في أعداد المرضى على قائمة الانتظار لمدة تزيد على ٢٤ شهراً *



* عرض النمو المتوقع في أعداد المرضى على قائمة الانتظار لمدة تزيد على (٢٤) شهراً (سهولة الحصول على الخدمة) الجدول أعلاه يسلط الضوء على المنتظرين من (٢٠-٢٣) شهراً إلى مستوى (٢٤) فأكثر على مدى (٢-٣) من الشهور التالية .

ومن الأمور الأساسية أن نتعرف على أشكال التوتر العديدة التي توجد بين ما يلي .

- الزيادات في النشاط (أو الزيادات في النشاط الانتقائي) يزيد التكلفة و/أو الجودة .
- الإجراء الانتقائي على مُنتظر مدة (٢٤) شهراً فأكثر ، يمكنه أن يؤثر على التنبؤ بالتكلفة وعبء العمل الوارد في مرحلة متأخرة من السنة .
- الإجراء الانتقائي على منتظرين مدة (٢٤) فأكثر يمكنه أن يؤثر على القدرة على التعامل مع الحالات المستعجلة .

- الزيادة فى نشاط العيادات الخارجية يمكنها أن تؤثر على الجودة فى تحديد مواعيد كل مريض من مرضى العيادات الخارجية على حدة .

المراجعة المستمرة لبنية أو هيكل الجودة :

- إن المنظمات التى تشعر بالثقة فى سلامة هيكلها لمراقبة الجودة ، عددها قليل جداً . وهى تقوم بمراجعة الجوانب المختلفة لهيكلها ، على الأقل ، على أساس سنوى : حيث إن أفكارهم تتطور ، وضغوط العمل تتغير ، ومتطلبات ومطالب العميل تتبدل .

ومن الأمور التى تتضمنها القضايا ذات الصلة بهيكل مراقبة الجودة الشاملة :

- قدرة الهيكل الإدارى على دعم إدارة الجودة الشاملة ، مثال : مدى صلة/ ونجاح أنموذج الإدارة السريرية ، أو أنموذج الإدارة فى الموقع ، أو أنموذج المستشفى / وأنموذج المجتمع المحلى للرعاية الصحية فى تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى كل منها .

- تناسب تركيب ونشاط المجموعة التوجيهية الرئيسية لتحسين الجودة .

- نجاح تنظيم الموارد البشرية فى مساعدة المديرين على تفويض الصلاحيات ودعم العاملين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم .

- إستراتيجية ملائمة لإدارة الموارد ومساعدة المجموعة الطبية والتمريضية بأن يكون لديهم معلومات مناسبة عن استعمال الموارد .

- التكامل بين الطرق والوسائل الطبية المهنية وبين الطريقة العامة لإدارة الوحدة ككل .

- هيكل نظم الجودة .

- نظام الجودة الداخلى .

- الاعتماد .

- التصديق فى ضوء المادة (BS 5750) .

وهذه المسائل الهيكلية تحتاج إلى مراجعة متكررة لضمان تلبيتها للحاجات المتعلقة بالتنسيق ضمن إطار الخدمة .

التدريب والتثقيف :

تمثل الجودة الضمنية أو الجودة الحسنة في تقديم الرعاية الصحية انعكاساً لمقدرتنا على تدريب هيئة العاملين في تحسين الجودة وتثقيفهم . والتثقيف والتدريب يؤثر على تقديم الخدمة ، ومن ثم فهو يحدث أثره في رضا المريض .

وللتثقيف والتدريب معانٍ مختلفة غير أنها ضرورية كلها ، والشكل (١٠-٥) يشير إلى الأنوار المختلفة التي يلعبها كل منهما على حدة : فالتدريب من أجل الجودة الشاملة في تقديم الرعاية الصحية ليس مجرد نشاط لهيئة العاملين الوثيقة الصلة بالمريض : إذ لا بد للإدارة العليا وكبار السريريين أن يكونوا بين أوائل من يجب تدريبهم على ما يلي :

- استيعاب عملية التغيير وكيفية إدارتها .
 - اكتساب المهارات القيادية ، مثل الإدارة الذاتية ، وكيفية تفويض الصلاحيات للأفراد ، وتكوين الفريق .
 - اكتساب مهارات تحسين الفعالية التنظيمية ، مثل تحليل العملية التنظيمية وتحسينها ، إضافة إلى اكتساب المهارات ذات الصلة بالتعامل مع العميل/ المورد .
 - اكتساب مهارات حل المشكلات ، وإدارة فرق التحسين ، واستخدام أدوات وتقنيات الجودة الشاملة .
 - استيعاب مهارات التواصل بين العاملين لتمكينهم من تبادل وجهات نظرهم للوصول إلى رؤية مستقبلية مشتركة ، وليكونوا قادرين على التعامل مع عملائهم ومع الموردين لديهم بمزيدٍ من الفعالية .
 - اكتساب مهارات التعليم والتدريب لتمكينهم من تطوير قدرات الأفراد وتنمية مهاراتهم .
- المصدر: " سيث Seath (1992)

الشكل رقم (١٠-٥) : الأنوار المختلفة للتثقيف والتدريب

معدلة من سيث Seath (١٩٩٢م)

مجالات التدريب	مجالات التثقيف
<ul style="list-style-type: none"> - إدارة عملية التغيير عند تطبيق نهج إدارة الجودة الشاملة . - المهارات القيادية (للاستشاريين والمديرين) . - العميل/ (محور التدريب في هذا المجال هو) مهارات التعامل . - مهارات حل المشكلة ، ومهارات فريق تحسين الجودة . - مهارات الاتصال (الفعال) . - مهارات العمل بروح الفريق . 	<ul style="list-style-type: none"> - متطلبات وحاجات العملاء (مرضى ومشتريين) . - الأداء الحالي لمقابلة المتطلبات . - رؤى وقيم جودة الرعاية الصحية . - محددات جودة خدمة الرعاية الصحية .
النتيجة المرجوة = إجراء التحسين المطلوب	النتيجة المرجوة = تنمية الوعي

هذا ، وسوف يكون للعاملين الآخرين ، فى الوحدة ، حاجات تدريبية شبيهة بحاجات المديرين ، والتي يمكن مقابلتها من خلال عمل ورش تدريبية ، يتم التركيز فيها على تحديد عناصر **جودة الخدمة** . ويشترك بالتدريب فى هذه الورش ، بالعادة ، كبار المديرين ، ورؤساء الأقسام ، والاستشاريين ، والمشرفين ، ومسئولى الأعمال (أو المنسقين) .

ومن العناصر ذات الصلة بجودة الخدمة ، والتي يمكن التركيز عليها فى هذه الورش ، ما يلى ^(١) :

- الوثوقية : ثبات الأداء وموثوقيته .
- التجاوب : توافر الإرادة والاستعداد والرغبة عند العاملين لتقديم الخدمة على وجه أكمل .

(١) المصدر : Parasuraman, Zeithamel and Berry 1985,

- الجدارة : توافر المهارات والمعارف اللازمة لأداء الخدمة .
 - سهولة الوصول (أو الحصول على الخدمة) : الدنو أو الاقتراب من التواصل المستمر والسهل مع العميل لتسهيل حصوله على الخدمة المطلوبة .
 - الكياسة والترحيب : التزام الموظفين المتعاملين مع المرضى بالأدب والاحترام والتقدير .
 - المجتمع : إعلام العملاء بما يستجد على نحو مستمر .
 - المصداقية : استحواذ الخدمة على موضع ثقة ومصداقية عملائها واعتقادهم أنها تؤدي بكل صدق وإخلاص .
 - الأمان : خلو الخدمة من تعريض العميل للمغامرة ، والخطر ، أو حتى للشك لما قد يتعرض له بدنياً أو مالياً .
 - تفهم حاجات العميل وتحديدها : بذل كل جهد ممكن لتفهم حاجات العميل .
 - الملموسات المادية : وجود أدلة مادية ملموسة على حسن الخدمة (من حيث تسهيلات المتاحة ، وحسن مظهر العاملين ، والأدوات والمعدات والأجهزة المستخدمة) .
- وتجدر الإشارة إلى أنه عند تطوير التدريب في الوحدة ، الذي يعد أحد الأركان الأساسية لإستراتيجية الجودة الموضوعه لها ، ينبغي الأخذ بعين الاعتبار بعض الأبعاد الرئيسية ذات الصلة بعملية التدريب . وقد تم إيرادها في الشكل (١٠-٦) .
- ومن ناحية الإطار الزمني العريض المرسوم لتثقيف العاملين وتدريبهم ، فإنه يحتاج إلى أن يجدول بطريقة تتناسب وطبيعة النشاط التدريبي الواجب تنفيذه . ويظهر الشكل (١٠-٧) مثلاً على ذلك . ولما كان أسلوب التدريب يعد عاملاً أساسياً لنجاح

أى برنامج تدريبي : فقد تم إيراد بعض العناصر أو المقومات ، فى الشكل (١٠ - ٨) .
لضمان نجاح هذا الأسلوب بشكل باهر .

ويمكن العثور على معلومات مفصلة عن مجموعة موضوعات التدريب/ وأساليبها ومحتوياتها فى كتاب كوش Koch عام ١٩٩١ ، بالإضافة إلى ذلك ، فإننا نحيل القارئ إلى مراجعة مجموعة موضوعات التدريب التالية الخاصة بموضوع إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية :

- إدارة الجودة الشاملة فى خدمات القطاع العام ، كوش Koch ، عام ١٩٩١ .
Total Quality Management in Public Sector Service (Koch 1991) .

- تجاوز التوقعات - إدارة الجودة الشاملة فى خدمات الصحة العقلية ، كوش Koch ، عام ١٩٩١ .

Exceeding Expectations - Total Quality Management in Mental Health Services (Koch 1991) .

- تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، كوش Koch ، عام ١٩٩٢ (تحت الإعداد) * .
Implementing Total Quality Management (Koch 1992 in preparation) .

بقى ملاحظة أخيرة عن التدريب والعميل يجدر التنويه عنها - عدا التذكير بالتأكد من وجوب أن تكون جميع المواد التدريبية على مستوى باهر من الجودة (بما فى ذلك عدم وجود أعطال فى أجهزة الإسقاط الضوئى إحدى معينات التدريب - وهى قضية متعلقة بالجودة ، وقريبة من قلبى!) - وهى استخدام الخبرة التدريبية فى وضع نموذج لتجاوب العميل ، وذلك من خلال تصميم أسئلة شفوية ، وأخرى تحريرية توزع على شكل استبانة على المتدربين ، لتقييم وجهة نظرهم عن البرنامج أو الحلقة التدريبية التى قدمت لهم . وقد تم إيراد مثال على هذه الاستبانة ، كما هو موضح فى الشكل (١٠ - ٩) ، الذى تم تصميمه لندوة عن إدارة الجودة الشاملة ، من أجل بعض المتخصصين (الاحترافيين) فى هونغ كونغ فى عام ١٩٩٢ م .

* كان هذا أثناء فترة تأليف الكتاب ، (المترجم) .

مجلس الوحدة	المديرين السريين	أعضاء هيئة التدريس / أعضاء الهيئة المعاونة	أعضاء هيئة الخدمات الفنية	جميع العاملين من الهيئات الأخرى
المجموعات المستهدفة				
المطلوب	وسيلة التدريس	خط الأساس	إستراتيجية الجودة الشاملة	تأويض الصلاحيات
أجهزة الإسقاط الضوئي	أجهزة الفيديو	الألمة	التدريب على مهارات العمل	قاعدة الوقت (إتجاز العمل)
التنظيم التسلسلى (العمل)	المجموعات المستهدفة	المجموعات المستهدفة	المجموعات المستهدفة	المجموعات المستهدفة
المجموعات المستهدفة				
ثقافة التصميم /	تكاليف الاتصالات مضطرب	فرق	تخصيص	الحودة
التوافق	الجودة	التفوق	تصميم	الجودة

النشاط	الشهر
إدارة الغدنة (الأولية)	
حلقات دراسية عن الوعي بأهمية إدارة الجودة الشاملة	
تدريب مدير إدارة الجودة الشاملة ومسؤولي أو منسقي فرق تحسين الجودة	
التنظيم التسلسلي لبرنامج التثقيف حول إدارة الجودة الشاملة	
مستشفى أ	
مستشفى ب	
مستشفى جـ	

تابع - الشكل رقم (١٠-٧) : الإطار الزمني العريض لنشاط التتيف

النشاط	الشهر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
توسعة موضوعات حلقات الاستشارى الدراسية لتشمل الأدوات والتقنيات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة													
الدريب على نظم الجودة													
حلقات دراسية لتدريب فرق تحسين الجودة													
النهوض المرحلى لإدارة الجودة الشاملة													
مستشفى أ													
مستشفى ب													
مستشفى ج													

الشكل رقم (١٠-٨) : أسلوب أو نمط التدريب

أسلوب أو نمط التدريب						
المدرّب						البيان
٦	٥	٤	٣	٢	١	
						مظهره
						حركته
						سلوكه أو تصرفه غير الشفوى
						ما يتميز به من دعابة ولطف
						ثقته بنفسه
						دقة الإيجاز أو التعبير لديه
						استعماله لما يلى
						أ. جهاز الإسقاط الضوئى
						ب. المعلومات المكتوبة
						ج. الفيديو
						د. اللوح الحائطى/ لوحة مجموعة الأوراق القابلة للقلب
						تعزيز الاستماع ومستلزمات الاستماع
						يشجع المشاركة
						يستعمل أمثلة من واقع الخدمات (المناحة)
						يستعمل لغة موجبة للعمل تتسم بالإيجابية

تعدد العوائق والصعوبات ومواجهتها :

فى دراسة للعوائق التى تعترض سبيل تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى منشآت المملكة المتحدة ، حدد كل من أ. ويلكنسون A. Wilkinson و ب. ويتشر B. Witcher العوائق الرئيسية التالية :

- ١- قصر أجل فترة التطبيق .
- ٢- عدم وجود تنظيم إدارى متماسك فى هذه المنشآت ، إضافة إلى تجزؤ وحداتها التنظيمية .

٣- وجود مديرين معارضين بها لتطبيق هذا الأسلوب .

أما ر. بوردمان R. Boardman و ويندلينغ Weyndling فقد اعتبرا أن العوائق الرئيسية لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة يمكن إدراجها تحت الموضوعين التاليين :

- الناس .

- العمليات (النشاطات) .

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الانطباعات وغيرها من الأفكار الغامضة التى صادفت أو واجهت أعمال نظام الخدمة الصحية الوطنية (فى المملكة المتحدة) عند تطبيقه لأسلوب إدارة الجودة الشاملة قد تم اكتشافها الآن .

وضمن هذا السياق ، يحدد الإطار المضمن فى الشكل رقم (١٠-١٠) ، العديد من الأبعاد الرئيسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، مع بيانه للصعوبات أو العوائق التى تم اكتشافها ، والتى تم إدراجها فى طرف العمود الأسفل لكل بُعد . وسوف يتم تناول جميع هذه الأبعاد بالعرض والتحليل وتحديد الصعوبات الرئيسية ذات الصلة بكل منها .

الشكل رقم (١٠-٩) : استبانة تقييمية : حلقات دراسية عن إدارة الجودة فى الرعاية الصحية

التواريخ :

تعاد هذه الاستبانة بعد تعبئتها إلى العنوان التالى :

☐ من ١٤ إلى ١٧ فبراير ١٩٩٢م

Training & Development Unit
Hospital Authority
28/F Hennessy Centre
500 Hennessy Road
Causeway Bay
Hong Kong

☐ يوما ١٨ و ١٩ فبراير ١٩٩٢م

☐ يوما ٢٠ و ٢١ فبراير ١٩٩٢م

الرجاء وضع إشارة على المربع المناسب (ما لم يكن هناك تعليمات أخرى) :

١- هل طابق البرنامج الأهداف التدريبية كما هو منصوص عليها فى الدليل ؟

☐ تماماً ☐ كثيراً جداً ☐ إلى حد ما ☐ ليس تماماً

ملاحظات أو تعليقات :

٢- هل استوعب البرنامج احتياجاتك التدريبية ؟

☐ تماماً ☐ كثيراً جداً ☐ إلى حد ما ☐ ليس تماماً

ملاحظات أو تعليقات :

٣- هل كانت موضوعات البرنامج مناسبة لاحتياجات مهنتك أو وظيفتك ؟

☐ مناسبة جداً ☐ مناسبة ☐ مناسبة فى جزء منها ☐ ليست مناسبة

تابع الشكل رقم (١٠ - ٩) :

ملاحظات أو تعليقات :

٤- هل كان مستوى معالجة الموضوع التدريبي مناسباً ؟

☐ متقدم جداً ☐ مناسباً ☐ سطحي جداً

ملاحظات أو تعليقات :

٥- كيف كانت قناعتك بمدة وسرعة سير البرنامج ؟

☐ مقتنع تماماً ☐ مقتنع ☐ متوسط القناعة ☐ غير مقتنع إطلاقاً

ملاحظات أو تعليقات :

٦- هل وجدت مناقشات المجموعة مفيدة ؟

☐ مفيدة جداً ☐ مفيدة ☐ مفيدة إلى حدٍ ما ☐ غير مفيدة

ملاحظات أو تعليقات :

٧- هل كان هناك وقت كافٍ للأسئلة ؟

☐ كافٍ جداً ☐ كافٍ تقريباً ☐ قليل جداً

ملاحظات أو تعليقات :

تابع الشكل رقم (١٠ - ٩) :

ملاحظات أو تطبيقات	غير راضٍ على الإطلاق	راضٍ إلى حد ما	راضٍ	راضٍ جداً
--------------------	-------------------------	-------------------	------	-----------

٨- كيف كان رضاك عن الآتى :-

أ. إلقاء أو تقديم المدرب ؟

() () () ()

ب. المواد التدريبية المستخدمة من قبل المدرب ؟

() () () ()

ج. تخطيط البرنامج وتنظيمه ؟

() () () ()

د. الوسائل التعليمية المساعدة ، إن وجدت ؟

() () () ()

هـ. الموقع أو مكان التدريب ؟

() () () ()

ملاحظات أو تطبيقات	ضعيف	مرضى	جيد	جيد جداً
--------------------	------	------	-----	----------

٩- الرجاء أعط تقييمك لمحتوى موضوعات الجلسات التدريبية التالية :

() () () ()

الجلسة الأولى : الجودة فى الرعاية الصحية بالقطاعين الخاص والعام .

() () () ()

تابع الشكل رقم (١٠ - ٩) :

ملاحظات أو تعليقات	ضعيف	مرضي	جيد	جيد جداً
الجلسة الثانية :				
تعريف الجودة .	()	()	()	()
الجلسة الثالثة :				
المبادرات الحالية لتحسين الجودة .	()	()	()	()
الجلسة الرابعة :				
ضمان الجودة ، وإدارة الجودة ، والمراجعة السريرية .	()	()	()	()
الجلسة الخامسة :				
نظرة عامة لثقافة إدارة الجودة الشاملة وقيمها .	()	()	()	()
الجلسة السادسة :				
نظرة عامة لتقنيات أو أساليب إدارة الجودة الشاملة .	()	()	()	()
الجلسة السابعة :				
وضع إستراتيجية مبتكرة لإدارة الجودة .	()	()	()	()
الجلسة الثامنة :				
العوائق المحتملة عند التطبيق .	()	()	()	()
الجلسة التاسعة :				
خطة التطبيق .	()	()	()	()
الجلسة العاشرة :				
تخطيط الجودة .	()	()	()	()

الجلسة الحادية عشرة : فرق تحسين الجودة

الجلسة الثانية عشرة : خطة العمل

١٠- يرجى إبداء مقترحاتك بشأن ما ينبغي عمله لتحسين البرنامج للمشاركين فيه مستقبلاً .

تعليقاتك :

١٢- تعليقات أخرى .

تعلیقاتك :

الشكل رقم (١٠ - ١٠) : عناصر إدارة الجودة الشاملة

[illegible]

١- الالتزام بالجودة :

العوائق	الحلول
أ. التزام الإدارة العليا والالتزام الشخصي للاستشاريين بالجودة .	أ. عقد حلقات دراسية لكبار هيئة العاملين . ب. مواجهات هادئة لتصرفات الفرد .
ب. دور غير واضح لمدير الجودة	أ. مسؤوليات واضحة . ب. مسؤولية واضحة ومحددة أمام الرئيس التنفيذي .
ج. التزام بالجودة قصير الأجل - قصر الرؤية طويلة الأجل	أ. السماح للنتائج الملموسة على المدى القصير لتتلاقى مع إستراتيجية الجودة طويلة الأجل .

٢- نظام إدارة الجودة وهيكلها (بناؤها التنظيمي) :

العوائق	الحلول
أ. نظام غير متكامل وغير متماسك لتنسيق مختلف الجهود لإدارة الجودة الشاملة .	أ. تطبيق هيكل إداري نمطي لإدارة الجودة الشاملة ، سواء تم تضمينه العناصر الواردة في الهيكل التنظيمي لإدارة الجودة بمسمى BS 5750 أو بدونها .
ب. اتجاه غير واضح لمجموعة توجيه أعمال الجودة .	ب. مرجعية واضحة لمجموعة توجيه أعمال الجودة ، تكون مسؤولة ، من خلال رئيسها ، أمام الرئيس التنفيذي للوحدة .

٢- أداء أعمال الرعاية الصحية :

العوائق	الحلول
أ. نقص في أداء أعمال الرعاية الصحية وتكامل هذا النشاط مع أعمال الجودة وكلفة المعلومات .	أ. إدارة الموارد / تكامل إدارة الجودة الشاملة بأداء أعمال الرعاية الصحية . ب. وجود نشاط بسيط ومنظم لأداء أعمال الرعاية الصحية ، إضافة إلى توفير معلومات عن : التكلفة والجودة حسب التخصص .

٤- تدريب العاملين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم :

العوائق	الحلول
أ. نقص الاستثمار في التدريب وتنمية قدرات ومهارات العاملين . ب. تنفيذ أو تطبيق ردىء لنظام مراجعة تقييم أداء العاملين .	أ. إعطاء برنامج التدريب الممول للجودة أولوية قصوى في خطة الأعمال . ب. وضع إستراتيجية لتقييم أداء جميع العاملين طبقاً لفئاتهم ومستوياتهم الوظيفية . ج. التدريب الإدارى لمهارات تقييم أداء العاملين .

٥- العلاقات مع المرضى :

العوائق	الحلول
أ. يظهر المرضى ، فى جزء من الأمر، كموانق لكفاءة تشغيل الخدمة .	أ. تدريب المديرين والمسؤولين فى مجال التجارب مع حاجات العميل ومتطلباته .

ب. نقص في إشراك المرضى في خطط الرعاية المقدمة لهم / أو في إبداء وجهة نظرهم من خلال التغذية المرتدة للمعلومات المحصلة منهم حول الرعاية المقدمة لهم .

ب. وضع إستراتيجية للتجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته من خلال التغذية المرتدة للمعلومات المحصلة منه ، بحيث :

- يشترك في وضعها ممثلون عن جميع أقسام ووحدات الخدمة الصحية .

- تشمل جميع مجالات الخدمة .

- يتم إجراء تغذية مرتدة للمعلومات بطريقة الحساب الرقمي البسيط لقياس رضا المريض مرة كل ثلاثة أشهر .

٦- موقف العاملين نحو التخطيط للجودة

العوائق

أ. هيئة عاملين مقاومة ومعارضة لأي تغيير .

الحلول

أ. تقوم الإدارة العليا واستشاري الجودة بوضع أنموذج لإدارة الجودة الشاملة يستهدف تحديد مواقف وسلوكيات العاملين المختلفة نحو التخطيط للجودة .

ب. ضرورة تعزيز وتنمية مدارك العاملين لأهمية التخطيط للجودة .

ج. أن يكون هناك توقعات واضحة لأداء العاملين في مجالات الجودة .

٧- الاتصالات :

العوائق

أ. اتصالات غير ملائمة وغير كاملة .

الحلول

أ. وضع إستراتيجية واضحة للاتصالات .

- ب. اتصالات انتقائية .
- ب. إعلام الفريق المكلف بوضع هذه الإستراتيجية أو إحاطته بأهم معالمها .
- ج. إشراك جميع العاملين (قبل اعتماد هذه الإستراتيجية) .
- د. عقد اجتماعات دورية منتظمة على هيئة منتدى موسع لمناقشة قضية الاتصالات من مختلف جوانبها .
- هـ. السماح بالتعبير العلني لعدم الموافقة (أو للرأي المعارض) عند إدارة الاجتماع .

٨- وعى العاملين الفني بالجودة :

الحلول

العوائق

- أ. تفهم أو إدراك جزئي للجوانب الفنية للجودة .
- أ. تثقيف العاملين وتدريبهم في المجالات الفنية للجودة .
- ب. التطبيق العملي اليومي لأفكار ومبادئ إدارة الجودة الشاملة .

٩- نظام إدارة الجودة :

الحلول

العوائق

- أ. تطوير منهج أو إطار لدليل موثق كلياً (ويكون قابلاً للتطبيق) لأسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وذلك لتصوير نشاطاته وإظهار التنسيق بينها .
- أ. نشاطات غير مباشرة أو موجهة عند وضع مقياس أو ضابط الجودة ، أو لأغراض تدقيق النشاط ومراجعته ، أو عند عمل التغذية المرتدة للمعلومات المحصلة من العمل .

١٠- مؤشرات أداء الجودة :

العوائق	الحلول
أ. لا يوجد ما يشير إلى دلائل واضحة عن جودة الأداء إن كانت جيدة أو رديئة .	أ. تحديد وقياس خمسة مؤشرات رئيسية لجودة الأداء .
ب. عدم وجود مؤشرات لقياس الأداء .	ب. إجراء نقاش بصفة مستمرة عن سبل تقييم الأداء ، وحول البيانات اللازمة لحساب مؤشرات جودة الأداء أو لطرق استنباطها ، أو لجهة مراجعة مصداقية هذه المؤشرات وموثوقيتها وفعاليتها .

١١- فرق تحسين الجودة :

العوائق	الحلول
أ. عدم كفاية دعم أو مساندة الإدارة العليا لأعمال فرق تحسين الجودة .	أ. مساندة وتشجيع المديرين لتفعيل أعمالها .
ب. تنمية مهارات أعضاء فريق تحسين الجودة تعد غير كافية ، للقيام بالواجبات المنوطة بهم .	ب. عمل دورات وحلقات تدريبية لفرق تحسين الجودة .

فى ضوء ما سبق ، يمكننا القول إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، فى وحدة تقديم الرعاية الصحية ، يكتنفه عادة صعوبات وعوائق أشبه ما تكون عادية أو طبيعية ، والتي يمكن أن نجد بعضاً منها ، بطريقة أو أخرى ، فى أى منظمة . وبمساعدة الوحدة فى استخدام هذه العوائق ، لإدارة الجودة بصورة أفضل ، فإنه يقلل من شعورها بالقلق والتوتر. ولما كان يصعب تجنب هذه العوائق : يجب أن تعامل بصورة ملائمة تتسم بنوع من التعاطف لمواجهتها . ويمكن لها أن تختفى إذا تم التصدى لها بروية وحزم .

خاتمة :

إن المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة عند تصميمها لمعايير وشروط منح جائزة الجودة الأوروبية في بداية عام ١٩٩٠ م ، اهتمت بشكل أكثر وضوحاً وحددت نسباً للنتائج المتحققة والأداء المتطور في كل من المجالات التالية :

معايير وأوزان جائزة الجودة الأوروبية

النسبة المئوية
لوزن المعيار

المعيار

- ٢٠٪ رضا العميل : يتمثل في تصورات العملاء الخارجيين المباشرة وغير المباشرة حول الشركة ومنتجاتها وخدماتها .
- ١٨٪ الموارد البشرية : يتمثل في إدارة العاملين بالشركة وإحساس العاملين وشعورهم نحو الشركة .
- ١٥٪ نتائج الأعمال : تتمثل في ما حققته الشركة مقارنة بالاداء المخطط سلفاً .
- ١٤٪ العمليات : تتمثل في إدارة جميع الأنشطة ذات القيمة المضافة داخل الشركة .
- ١٠٪ القيادة : تتمثل في سلوكيات المديرين فيما يتعلق بتحويل أعمال الشركة باتجاه الجودة الشاملة .
- ٩٪ الموارد : تتمثل في إدارة واستغلال الشركة وحفاظها على ما يلي :
 - الموارد المالية .
 - الموارد المعلوماتية .
 - الموارد التقنية .
- ٨٪ السياسة والإستراتيجية : تتمثل فيما للشركة من رؤى وقيم وتوجهات . والسبل المتبعة لتحقيقها .
- ٦٪ الأثر على المجتمع : يتمثل في التصورات السائدة في المجتمع ككل حول الشركة ، وكذلك وجهات النظر حول أسلوب الشركة على صعيد جودة الحياة ، والبيئة ، والحاجة إلى الحفاظ على الموارد الشاملة .

المراجع : FQM (1991) TQM October, p. 266

إن الأوزان المشار إليها سابقاً توضح الأهمية النسبية لكل من هذه العوامل الثمانية . ويمكن للوحدات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية أن تنشئ أوزانها الخاصة بها للجودة أو إدارة الجودة ، وذلك بالاستفادة من هذه العوامل ، وقد قام العديد منها بذلك فعلاً .

هذا ، وتعد عوامل النجاح الأساسية لإدارة الجودة الشاملة الواجب فهمها عديدة ومتنوعة . وقد حاولت خلال هذا الكتاب تحديدها وتوصيفها على أسس عملية .

وأود أن أختتم بالتأكيد على بعض العوامل الأساسية والتي رغم أنها أقل سهولة في الوصف ، إلا أنها عوامل تعد أساسية للأطباء والمرضى والمعالجين ، والإداريين ، والعاملين بالخدمات المساندة في المستشفيات وخدمات المجتمع ، الذين يقومون فعلياً بتنفيذ رؤاهم الخاصة بإدارة الجودة . وهذه العوامل هي :

- ضرورة توافر اعتقاد مشترك بأن إدارة الجودة الشاملة (أو أى اسم يطلق على عملية أداء الوظيفة على الوجه الصحيح ؛) هي العمل الصحيح والمناسب للتنفيذ .

- ضرورة أن يكون هناك صبر مستديم : لأن التغيير لإدارة الجودة الشاملة قد يستغرق وقتاً ، ويجب أن تسمح الخدمة أو الوحدة لمثل هذا الصبر المطلوب .

- أن النجاحات صغيرة كانت أو كبيرة يجب أن تبلور ، وتداول ، وتستحسن .

- ضرورة أن تكون هناك رغبة لجعل الوحدة تعمل على تقديم أحسن خدمة في ظل الموارد المتاحة .

وختاماً ، ورغم أن كل شيء جدير بالإنجاز ، يكون عملاً شاقاً . إلا أنه أيضاً يمكن أن يكون عملاً ممتعاً - فالإدارة بحد ذاتها متعة - فهي التي يبقى اهتمامها محصوراً في دائرة الرغبة لتقديم خدمات رعاية صحية على أرقى مستويات الجودة الممكنة .

المراجع :

- Attkenn P 1990
Creating cultural changes
TQM Feb 13-15
- Audit Commission 1992
Community care review
HMSO
- Audit Commission 1992
Homeward Bound
HMSO London
- Avant Hotels 1991
Beyond stars & crowns.
Managing service quality Jan 97-100
- Berwick DM Enthoven A & Bunker J P 1992
Quality management in the NHS: the doctor's role
BMJ 28 1/92
- Bhagal R 1992
Health Services Journal 30 1/92 p19
- Blades M 1992
TQM Apr
- Boardman R & Weyndling C 1992
Measurement of business success.
TQM Conference
177-183. IPS Bedford
- Brooks T 1992
TQM in NHS
Health Services Journal Apr 17-19
- Kisson W & Rowbotham R (1986)
Levels of work
Brunel University
- Carr-Hill R 1989
The NHS & its customers
Centre for Health Economics York
- Carr-Hill R Dalley G 1990
Questions of quality
Health Services Journal Aug 2
- Carson J 1991
Role Modelling
Managing Service Quality Jan 72-81
- Chase R L 1991
Targetting the message
TQM Oct 279
- Chase R 1991
The road to recovery
Managing Service Quality Jan 101-103
- Clifford P 1990
FACE IQMS unpublished document
- Dale B 1991
Starting the road to success.
TQM Apr 125-128
- Dale B 1992, *TQM*
- Dash P 1992
Quality doctors
International Journal of Health Care and Quality Assurance 5,225-26.
- Davies P 1992
Easy as ABC
TQM Apr 69-70
- De Kleivit D & Finlow-Bates 1992
Keeping tales
Managing Service Quality Jan 91-94
- Department of Health 1992
The patient's charter
HMSO
- Eccles S 1992
A better pill
Health Services Journal Apr 16, 22-23
- EFQM 1991
TQM Oct 265-6
- Ferguson I 1991
Goal for the Future
Managing Service Quality May 233-335
- Fitzgerald I. 1991
This Year's Model
Health Services Journal Nov 11
- Goldstone L A 1987
Quality counts in nursing: the monitor experience
Newcastle-upon-Tyne Polytechnic Production Ltd
- Handy C 1988
Understanding organisations
Penguin
- Hewitson P 1991
Collaborative care planning
International Journal of Health Care and Quality Assurance 512,12-16
- Hinks M D 1973
Spotlight on shop window staff
King's Fund
- Hopkinson B 1991
BS 5750: quality standards ambulance services part 1
International Journal of Health Care and Quality Assurance 4,6,22-29
- Hopkinson E 1992
BS 5750 Part II Ambulance Services
5,2,27-36
- Howard D (1991)
A limited understanding
TQM Apr 91-94
- Iles V 1992
The importance of talking shop
May 7
- Koch H C H 1991
TQM in Health Care
Longman
- Koch H C H 1992
Sustaining commitment
Managing Service Quality Mar 157-160
- Koch H C H 1991
Public sector services
Managing Service Quality Sept 10
- Koch H C H 1991
Exceeding expectations. *TQM in Mental Health Services*
Pavilion Publishing
- Koch H C H 1991
TQM in Public Sector
Pavilion Publishing
- Koch H C H 1992
Implementing TQM
Pavilion Publishing in preparation
- Koch H C H & Chapman E J 1991
Planning for high quality care
International Journal of Health Care and Quality Assurance 4,6,10-1
- Korb H C H & Higgins A 1991
What does quality health care cost
International Journal of Health Care and Quality Assurance 4,4,4-7
- Koch H C H & Sabugueiro J 1992
Trust in teams
Managing Service Quality Jul 279-281
- Lacey P 1991
Discovering hidden truths
TQM Apr 107-110
- Lowenhaupt M 1991
Win/win opportunity
Managing Service Quality Nov 56-57
- Maxwell R 1984
Quality assessment in health
BMJ 13 31-34

تابع - المراجع :

Marsh J 1991
Different Approaches
Managing Service Quality Nov 49-54

Mathew D 1990
Management team effectiveness
GMTS scheme London

McDonald I 1991
Coming up to standard
International Journal of Health Care Quality Assurance 4,4,17-20

McCarthy J & Hicks A 1991
International Journal of Health Care Quality Assurance

McColl L 1992
letter in Times, 4th April

Millner L, Ash A & Ritchie P 1991
Leading quality in action
Nora Fry Research Centre

National Audit Office 1991
Review of NHS outpatient services
HMSO

N E Thames 1992
Health Services Journal Apr 2-39

Nelson A Gordon M 1986
Promoting a public image
N F Essex H A Colchester

NHSME 1991
Day surgery Making it happen
UFM Unit
HMSO

NHSME 1991
Demonstrably different
DoH

Oakland J 1989
TQM Heinemann

ODI 1990
Quality in NHS Jul

ODI 1991
Quality the next steps

O'Neill D 1992
Plan of attack
Managing Service Quality Mar 163-165

Ovretrett J 1991
Quality health services
Brunel University

Ovretrett J 1991
Costing quality
Health services management Aug 184-5

P A Consulting 1989
Total Quality Initiative
Trafford General Hospital

Para-Swaman A Zeithamel & Berry 1985
Journal of Marketing 33-36

Peters T & Waterman RH
In search of excellence
Harper & Row, New York

Pfeiffer N 1992
Strings Attached
Health Services Journal Apr

Pollitt C Harrison S Hunter D J
Marnock G 1991
Quality & general management 83-88
International Journal of Health Care Quality Assurance 3,6,33-36

Rain A 1992
Communication breakdown
Health Services Journal Mar 12-24

Rea A 1992
Gang mentality
Health Services Journal Mar 26 31-34

Reynolds S 1991
Applying common sense
Managing Service Quality Nov 23-25

Roy A 1991
Getting the message across
TQM Oct 275-275

Rooney M 1991
Applying common sense
Managing Service Quality Nov 23-25

Spiby J & Griffiths S 1991
Tightrope Management
Health Services Journal Dec 12

Seath I 1992
Training: a waste of effort?
Managing Service Quality May 185 187

Seddon J 1991
Middle managers' new role
Managing Service Quality Jan 71-72

Seddon J & Jackson S 1990
TQM & cultural change
TQM Aug 213-216

Sharma T 1992
Health Services Journal Nov 10 21

Shaw C Hurst M & Stone S 1988
Towards good practice in small hospitals
NAHA

Smith J 1991
Total quality development in Mid-Staffs
International Journal of Health Care Quality Assurance 4,4,9-11

Smith S 1991
Welcoming patients to your hospital
Royal Berkshire Hospital
International Journal of Health Care Quality Assurance

Sashkin M 1989
Structured activities for management
Training in communications
OD + Development Inc
Health Services Journal

Stewart J D & Ramelli D 1992
Firing on all cylinders
International Journal of Health Care Quality Assurance Jan 85-89

Timmers J G & Van Der Wiele T 1991
A Question of Quality
TQM 3 Apr 2 87-90

Trent RHA 1990
Quality standards for outpatient services

Tucker J 1992
Costing GP hospitals
Health Services Journal Jan 124-25

Ullah P 1991
Psychology of TQM
Managing Service Quality Jan 79-81

Van Cylenburg P 1990
Why TQM?
Managing Service Quality Nov 31-34

Ward C 1992
From the other side
Health Services Journal Jun 4 26

Webster C 1992
Heaven on the NHS
Oxford University

West Midlands RHA (1991)
Collaborative care planning

Western Health & Social Services Board 1992
Mental health unit quality development programme
N Ireland

Wilkinson A Witcher B
Fitness for use
Management decisions 29 8 46-51

Wilson C, 1987
Hospital-wide quality assurance
Saunders, Ontario, Canada

Wythe R 1990
Agenda for change
TQM Aug 209 212

المترجم فى السطور :

الاسم :

د. طلال بن عايد الأحمدى ، من مواليد مكة المكرمة ٢٩/٩/١٩٦٠ م .

المؤهل العلمى :

- دكتوراه فى إدارة الخدمات الصحية - جامعة بتسبرغ - أمريكا ١٩٩٥ م .

العمل الحالى :

- أستاذ إدارة الخدمات الصحية المساعد .

- مدير إدارة تنسيق البرامج الخاصة .

الأنشطة العلمية :

- ملخص رسالة دكتوراه منشورة بدورية (الإدارة العامة) بعنوان (العوامل المحددة لمدة بقاء المريض فى المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالملكة العربية السعودية) ، المجلد الثامن والثلاثون ، العدد الثالث رجب ١٤١٩ هـ .

- تأليف كتاب الإدارة الصحية (المراجعة العلمية) .
- ترجمة ونشر عدد من المقالات العلمية المتخصصة .
- التدريب في مجال الإدارة الصحية .
- الاشتراك في العديد من الندوات العلمية المتخصصة .
- الاشتراك في العديد من اللجان العلمية والإدارية داخل المعهد وخارجه .
- تنفيذ عدد من الاستشارات التنظيمية والدراسات الإجرائية لعدد من الأجهزة الحكومية .
- مستشار غير متفرغ في وزارة الصحة .

مراجع الترجمة فى سطور :

الاسم :

- أ. د. خالد بن سعد بن عبدالعزيز بن سعيد .
- من مواليد الرياض ، عام ١٩٥٩ م .

المؤهل العلمى :

- دكتوراه الفلسفة فى إدارة الصحة والمستشفيات ، عام ١٩٩٠ م ، من جامعة نورث كارولينا الشمالية بمدينة شبل هيل بالولايات المتحدة الأمريكية .

العمل الحالى :

- أستاذ " بروفيسور " فى إدارة الصحة والمستشفيات بجامعة الملك سعود بالرياض ، والمشرف على برنامج الماجستير فى إدارة الصحة والمستشفيات .

الأنشطة العلمية :

- كتاب " أساسيات التخطيط فى المنشآت الصحية " عام ١٩٩٣ م .

- كتاب "إدارة الجودة الشاملة ، تطبيقات على القطاع الصحى" ، عام ١٩٩٨ م .
- كتاب " التأمين الصحى التعاونى " ، عام ٢٠٠٠ م .
- كتاب " تحسين الجودة المستمر " ، عام ٢٠٠١ م .
- كتاب "Applications of Six Sigma" عام ٢٠٠١ م .
- شارك فى العديد من ورش العمل العلمية والمحاضرات داخل المملكة وخارجها .

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد الإدارة العامة ولا يجوز
اقتباس جزء من هذا الكتاب أو إعادة طبعه بأية صورة دون
موافقة كتابية من المعهد إلا في حالات الاقتباس القصير
بفرض النقد والتحليل، مع وجوب ذكر المصدر.



تم التصميم والإخراج الفني والطباعة في
إدارة الطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٢هـ

هذا الكتاب :

إن هذا الكتاب القيم الجديد يعد بمنزلة دليل عملي يوضح فيه المؤلف خطوات تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة خطوة خطوة ، وقد تم إعداده وصياغته بأسلوب سلس وسهل ، مع إيراد العديد من المعينات العملية والحالات الدراسية ، وقوائم المراجعة ، ومواد أخرى للمساعدة في جوانب التدريب والتطوير.

الموضوعات التي عالجها الكتاب :

- ❖ تطوير إستراتيجية لإدارة الجودة الشاملة ، والحصول على التزام الإدارة والهيئات الطبية (السريية).
- ❖ التخطيط والعمل بروح الفريق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- ❖ مراجعة إدارة الجودة الشاملة.
- ❖ قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة.
- ❖ تفهم متطلبات وحاجات العملاء.
- ❖ التدريب من أجل الجودة.
- ❖ تحليل الفوائد ؛ لإبراز العائد.